Rok L. Kraków, dnia 8. kwietnia 1911. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Wyniki rozbiorów wód mineralnych ze zdrojów Wandy i Szymona w Szczawnicy

przez

L. Marchlewskiego.

Zdroje Wandy i Szymona ujęto ponownie w zeszłym roku. Poniżej zestawiam wyniki otrzymane przy szczegółowym rozbiorze chemicznym tych wód. Wydatność zdroju Wandy nie jest wielka, wynosi 250 litrów w ciągu doby; ciepłota wody 11⁰. Wydatność zdroju Szymona jest znacznie większa, wynosi bowiem 15840 litrów na dobę; ciepłota wody 9·4⁰.

A., 1000 gr. wody zawiera w gramach ciał złożonych	Zdrój Wandy	Zdrój Szymona
Chlorku sodowego ($NaCl$)	2.720400	0.538700
Jodku potasowego (KJ)	0.002370	0.000526
Bromku potasowego (KBr)	0.003122	0.001728
Chlorku potasowego (KCl)	0.122600	0.031880
Chlorku litowego ($LiCl$)	0.030110	0.007577
Dwuwęglanu sodowego ($NaHCO_3$)	4.950000	1.053000
» wapniowego ($Ca(HCO_3)_2$)	0.720900	0.694530
» strontowego ($Sr(HCO_3)_2$)	0.014487	0.019700
» barowego ($Ba(HCO_3)_2$)	0.011762	0.002104
» magnezowego ($Mg(HCO_3)_2$)	0.452840	0.163430
» żelazawego ($Fe(HCO_3)_2$)	0.005876	0.020026
Siarczanu sodowego (Na_2SO_4)	0.010757	0.011820
Krzemianu sodowego (Na_2SiO_3)	0.052384	0·011560
Fosforanu glinowego	0.000346	—
Ciał organicznych	—	0.051222
Zupełnie wolnego bezwodnika węglowego	1.334072 czyli 678.92 cm³ w 0⁰ i 760 mm.	1.253630 czyli 637·97 cm³ w 0⁰ i 760 mm.

Oprócz tego woda ze zdroju Wandy zawiera w śladach sole rubidu i cezu, manganu, ślady kwasu borowego i arsenawego i ciał organicznych. Woda zaś zdroju Szymona zawiera oprócz powyższych składników ślady soli manganu i kwasu borowego.

B, 1000 gr. wody zawiera w gramach jonów	Zdrój Wandy	Zdrój Szymona
a., dodatnich		
sodu	2.452400	0.516390
potasu	0.065927	0.017423
litu	0.004983	0.001254
wapnia	0.178300	0.167880
strontu	0.006107	0.008304
baru	0 006232	0.001114
magnezu	0.007270	0.027200
glinu	0 000077	—
żelaza	0.001845	0.006290
b., odjemnych:		
chloru	1.731900	0.347900
jodu	0.001811	0.000402
bromu	0.002096	0.001134
SO_4	0.007269	0.008382
HCO_3	4·542300	1.449500
PO_4	0.000269	—
H_2SiO_3 (niezdyssocyowany)	0.033520	0.019660
Ciał organicznych	—	0.051222
Zupełnie wolnego bezwodnika węglowego	1.334072	1.253630

Woda ze zdroju Wandy zawiera oprócz tego ślady jonów rubidu i cezu, manganu, kw. borowego i arsenawego, a woda ze zdroju Szymona ślady jonów manganu i kw. borowego.

C, 1000 gr. wody daje przy odparowaniu	Zdrój Wandy	Zdrój Szymona
Chlorku sodu ($NaCl$)	2.720400	0.538700
Bromku potasu (KBr)	0.003122	0.001728
Jodku potasu (KJ)	0.002370	0.000526
Chlorku potasu (KCl)	0.122600	0.031880
Chlorku litu ($LiCl$)	0.030100	0.007577
Węglanu sodu (Na_2CO_3)	3.124000	0.664530
» wapnia ($CaCO_3$)	0.445100	0.428840
» strontu ($SrCO_3$)	0.010290	0.013992
» baru ($BaCO_3$)	0.008950	0.001601
» magnezu ($MgCO_3$)	0.269080	0.094190
» żelazawego ($FeCO_3$)	0.003825	0.013048
Siarczanu sodowego (Na_2SO_4)	0.010757	0.011820
Krzemianu sodowego (Na_2SiO_3)	0.052384	0.011560
Fosforanu glinowego	0.000346	—
Ciał organicznych	—	0.051222
Bezwodnika węglowego	2.972036	1.776315
Ogólna ilość ciał stałych (doświadczalnie)	6.863039	1.872880

Oprócz tego sucha pozostałość wody zdroju Wandy zawiera ślady soli rubidu, cezu, manganu, kw. arsenawego, borowego, ślady ciał organicznych. Sucha pozostałość wody zdroju Szymona, ślady kw. borowego i manganu.

Promieniotwórczość wód obu zdrojów jest bardzo nieznaczna. 1 litr wody ze zdroju Wandy rozbraja w godzinę 6·8 volt. W jednostkach absolutnych promieniotwórczość 1 litra tej wody wynosi 0·00007996, a w jednostkach Machego 0·07996. Promieniotwórczość wody zdroju Szymona jest nieco większa. 1 litr w godzinę rozbraja 17·7 Volt; w jednostkach absolutnych promieniotwórczość 1 litra wynosi 0·000208, a w jednostkach Machego 0·208.

Z powyższych zestawień wynika, że woda zdroju Wandy należy do t. zw. szczaw solno-alkalicznych, jak się już wyraził w odniesieniu do tego źródła Prof. Dr Br. Radziszewski, albo szczaw alkaliczno-słonych, a woda zdroju Szymona do szczaw alkaliczno-żelazistych. Oczywiście nazwy tego rodzaju nie mają właściwie żadnego znaczenia, gdyż zupełnie nie charakteryzują właściwej natury tych wód; nazwa np. »alkaliczna« jest zupełnie nieodpowiednia, gdyż jonów wodorotlenowych wody te nie zawierają. Będzie rzeczą przyszłych zjazdów balneologicznych powzięcie uchwał, któreby dążyły do charakterystyki wód mineralnych w sposób, nie kolidujący z dzisiejszym stanem nauki o roztworach, kwasach i zasadach.

O ile chodzi o składniki zobojętniające silniejsze kwasy, np. solny, woda ze zdroju Wandy może być zaliczona do najsilniejszych wogóle znanych.

Charakterystyka szczegółowa fizyczna wód obu zdrojów podana będzie po ukończeniu badań innych zdrojów Szczawnickich.

Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki.

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski** (Kazań).

(Dokończenie).

Zaznaczę przedewszystkiem, że zawartość zaczynu dyastatycznego we krwi i w moczu zależy nietylko od sprawności trzustki, jak przypuszczano niedawno; nie ulega wątpliwości, że jego źródłem mogą być również inne narządy, wytwarzające dyastazę, mianowicie, przedewszystkiem i najpierw wątroba, mięśnie i nerki (Wohlgemuth), następnie ślinianki. Stąd oczywiste, że schorzenia trzustki z zatkaniem jej przewodów mogą także nie sprowadzić zwiększenia zawartości dyastazy we krwi i moczu, jeśli wytwarzanie dyastazy w innych narządach ulegnie jednocześnie obniżeniu. Że taki stan jest możliwy nietylko teoretycznie, lecz zdarza się, według wszelkiego prawdopodobieństwa, także w rzeczywistości, za tem przemawiają doświadczenia tegoż Wohlgemutha, które wykazały, że znaczne zboczenia w zawartości dyastazy we krwi i w moczu występują jedynie w pierwszym okresie powstania niedrożności przewodów trzustkowych lub odsznurowania mniej więcej znacznych części trzustki. Wyrównawcze wytwarzanie dyastazy przez inne narządy wiedzie z drugiej strony do tego, że nawet przy zupełnem zniszczeniu trzustki zawartość dyastazy we krwi i w moczu może nie ulegać zboczeniom stanu prawidłowego. Istotnie Wohlgemuth znajdował prawidłową jej zawartość w tych cieczach nawet po całkowitem wycięciu trzustki. Te więc rozumowania teoretyczne i wyniki doświadczeń przemawiają przekonująco na korzyść tego, że prawidłowa zawartość dyastazy we krwi i w moczu, nie wyłącza nietylko zatkania światła przewodów trzustkowych, lecz i rozległych schorzeń tego gruczołu. Co się tyczy wzmożonej zawartości dyastazy we krwi i w moczu to doniosłe znaczenie rozpoznawcze przypisują mu, oprócz wymienionych już autorów, również Wynhausen[81]), Hirschberg[82]), Loeper z Rathery[83]) i niektórzy inni. Pominąwszy, że ilość spostrzeżeń tych autorów jest nieznaczna, to od zbyt skwapliwych ich wniosków pod tym względem powinny nas ostrzedz badania v. Benczura[84]), który wykazał, że zawartość dyastazy w surowicy krwi i zwłaszcza w moczu może nawet przy prawidłowym stanie ustroju ulegać wielkim wahaniom. Nader wielkie liczby co do zawartości dyastazy spostrzegał v. Benczur również w niektórych przypadkach zapalenia nerek i białkomoczu innego pochodzenia. Wohlgemuth[85]) i Wynhausen[86]) ograniczają coprawda znaczenie zapalenia nerek pod tym względem, z ich bowiem badań wynika, że wzmożenie zawartości dyastazy w moczu chorych na zapalenie nerek spostrzega się stosunkowo rzadko, zwykle zaś ilość dyastazy u tych chorych jest obniżona, do tego tem więcej, im cięższy jest przebieg zapalenia nerek. W każdym razie wszakże nie ulega wątpliwości, że przy wytwarzaniu sobie sądu o stanie trzustki na podstawie zawartości dyastazy w moczu i we krwi należy we wnioskach zachowywać ostrożność nie mniejszą — jeżeli nie większą — niż przy korzystaniu z wyników badania treści przewodu żołądko-jelitowego co do trypsyny. Jeszcze większą ostrożność pod tym względem należy zachowywać względem ilości dyastazy w wypróżnieniach. Autorowie omawianego sposobu badania podkreślają znaczenie znacznego zmniejszenia w kale ilości zaczynu dyastatycznego, dla rozpoznawania schorzeń trzustki. Na to można jednak im zarzucić, że ilość dyastazy w wypróżnieniach ulega niewątpliwie bardzo znacznym wahaniom (Wynhausen) nawet przy prawidłowym stanie trzustki, z drugiej zaś strony dyastaza nietylko nie znika zupełnie w kale (Müller[87]), Wynhausen[46]), nawet przy zatkaniu przewodów trzustkowych, lecz w tychże przypadkach można czasami stwierdzić w wypróżnieniach zupełnie prawidłowe jej ilości. Jej źródłem w tych przypadkach jest (Strasburger[88]), Wohlgemuth[60]), nie dyastaza pokarmu lub śliny, którąby mogła przy braku soku żołądkowego dostać się do jelit, lecz, sądząc ze spostrzeżenia Essera[89]), dyastaza, którą wytwarzają gruczoły błony śluzowej jelita grubego. Jeśli jednak tą właściwością odznaczają się gruczoły jelita grubego, to, jak zupełnie słusznie zauważyli Schmidt i Strasburger (str. 243), z większem jeszcze prawem musimy przyznać, że posiadają ją również gruczoły jelit cienkich. Tak więc znaczne obniżenie ilości zaczynu dyastatycznego w kale możemy spotkać u osób ze zdrową trzustką i odwrotnie prawidłowa zawartość jego w wypróżnieniach nie wyłącza sama przez się schorzeń tego gruczołu. Pod tym względem rozpoznawcze znaczenie poszukiwań zaczynu dyastatycznego w wypróżnieniach podziela, oczywiście, los podobnych poszukiwań trypsyny w kale.

Jeśli wynikom badań trypsyny i dyastazy nadaję znaczenie nie bezwzględne, lecz jedynie względne, więc w połączeniu z innymi objawami, wskazującymi na schorzenie trzustki, to poszukiwaniom lipazy trzustkowej w kale nie przyznaję żadnego już znaczenia dla rozpoznawania schorzeń trzustki. Pogląd ten opieram na małej stałości tego zaczynu, wskutek której on szybko niszczeje już w soku trzustkowym, przeprowadzonym w stan czynny przez enterokinazę (Terroine[90]), i na bardzo prawdopodobnem za-

stępczem działaniu innych soków trawiennych w tych razach, gdy brak steapsyny trzustkowej. Pogląd ten znajduje zresztą potwierdzenie również w badaniach Ury [91]), który nie mógł wykryć lipazy w wypróżnieniach dorosłych nawet po podaniu środków rozwalniających. Na korzyść tego poglądu przemawiają także badania, zmierzające do oznaczenia zawartości lecytyny w wypróżnieniach. Jak wiadomo, w zwykłych warunkach tylko nieznaczna część lecytyny pokarmu wydziela się bez zmiany z kałem (Wegscheider [92]), Blauberg [93]), Fr. Müller [28]), Hoppe-Seyler [94]); reszta rozkłada się w przewodzie jelitowym, prawdopodobnie, od zaczynu tłuszczowego trzustki (Bokay [95]), Long i Johnson *), Mayer [96]) i inni) na kwas glicerynowo-fosforowy, neurynę i kwasy tłuszczowe; z tych przetworów kwasy glicerynowo-fosforowy i tłuszczowe wchłaniają się, neuryna zaś ulega dalszemu rozkładowi pod wpływem drobnoustrojów jelitowych (Hasebrock [97]), dając metan, amoniak i kwas węglowy. Wobec tego zwiększoną zawartość lecytyny w wypróżnieniach należy uważać za oznakę stanu chorobowego. Deucher [32]) pierwszy zauważył, Caro zaś z Wernerem [98]) i Ehrmann [99]) stwierdzili, że nader znaczna zawartość lecytyny w kale towarzyszy schorzeniom trzustki. Według wyniku badań kliniki v. Noordena [100]) według stopnia zwiększenia ilości lecytyny w kale możemy rozgraniczać schorzenia poszczególnych narządów trawiennych. Mianowicie, przy stosowaniu próbnego pokarmu Schmidt-Strasburgera lub innego, zawierającego dużo lecytyny, zawartość w wypróżnieniach kwasu fosforowego rozpuszczalnego w eterze dochodzi przy biegunkach, zależnych od nieżytu jelit lub spraw wrzodziejących w jelitach, ilości od kilku ctgrm. do 0·1 grm., na dobę (Salomon), przy niepowikłanych przypadkach zatkania przewodu żółciowego wspólnego (Jürgensen) 0·1—0·4 grm., wreszcie przy chorobach trzustki — 0·4—1·2 grm., na dobę (Salomon). Chociaż te badania przemawiają za tem, że wzmożona zawartość lecytyny w wypróżnieniach (w przypadku Deuchera prawie 8 grm. na dobę) ma znaczenie dla rozpoznawania schorzeń trzustki, mimo to, jednak uważałbym tymczasem za ryzykowne stanowczo orzekać w tym kierunku, ponieważ ilość odpowiednich badań klinicznych jest jeszcze bardzo małą. Przeciwnie stanowczo można twierdzić, że prawidłowa ilość lecytyny w wypróżnieniach wcale nie wyłącza schorzenia trzustki. Niewystarczającą czynność trzustki biorą w tych przypadkach na swe barki i wypełniają ją w sposób zadowalniający lipazy jelitowa i żołądkowa. (Usuki [101]). Badania Stassano i Billona [102]) wykazują zresztą, że lecytyna może w ustroju przyswajać się i bezpośrednio bez uprzedniego działania na nią zaczynów, mianowicie może być ona pochłonięta przez krwinki białe i dzięki temu przeniesiona do soków ustrojowych. Ścisłe badania Słowcowa [103]) wykazały wreszcie, że czysta lecytyna, wprowadzona przez usta, przechodzi całkowicie lub częściowo z przewodu pokarmowego do limfy, jako taka, nie ulegając wcale działaniu zaczynów trzustki. Słowcow nie mógł nabrać przekonania, żeby lecytyna rozkładała się w żołądku. Część lecytyny zmydla się, jak wykazał on, w dwunastnicy, lecz nie od zaczynów, ale prawdopodobnie od alkaliów i ciepłoty. Te przetwory zmydlenia wchłaniają się również do limfy, przedostając się do niej po zwrotnej syntezie, więc w postaci czystej lecytyny.

*) Przytaczam podług Schmidta i Strasburgera, str. 178.

VI.

Doniosłe znaczenie dla rozpoznawania chorób trzustki przypisują niektórzy autorowie zjawieniu się w moczu pewnych węglowodanów, mianowicie maltozy (v. Ackeren, le Nobel, Rosenheim), pentozy (Salkowski i inni) i glukozy. Żadna jednak z tych oznak nie zachowała tego patognostycznego znaczenia w dyagnostyce schorzeń trzustki, jakie jej nadawano. I tak źródłem pentoz mogą, wbrew pierwotnemu zdaniu, być nietylko nukleoproteidy trzustki, lecz i kwas nukleinowy, który wchodzi w skład wszystkich wogóle jąder komórkowych ciała. (Blumenthal). Obecność więc pentozy w moczu nie może służyć za istotny wskaźnik schorzenia trzustki. Nie ma znaczenia rozpoznawczego również maltozurya, którą dotychczas spostrzegano nader rzadko (Cammidge). Wreszcie, co się tyczy glukozuryi, którą stawiają w związku z brakiem wydzieliny wewnętrznej trzustki, to może być ona z jednej strony wywołana przez sprawy chorobowe, toczące się po za obrębem trzustki, z drugiej zaś nawet rozlane zmiany tego gruczołu przebiegają bez glukozuryi, jeśli zostaje zachowaną całość i prawidłowa czynność wysepek Langerhansa, które odznaczają się nadzwyczajną trwałością. I tak, Martynow stwierdził glukozurye zaledwie w 6 na 100 przypadków schorzeń trzustki, Manuiłow nie spostrzegał jej w żadnym z 22 przypadków, Robson zaledwie w 4 z 65 przypadków przewlekłego zapalenia trzustki, Hansemann [104]) przytacza swoje spostrzeżenia i szereg spostrzeżeń innych autorów, w których, pomimo że trzustka była zupełnie zniszczona lub w stanie zaniku, glukozuryi nie było; Franke *) spostrzegał tylko krótkotrwałą glukozuryę po całkowitem wycięciu trzustki, rakowato zmienionej i t. d.

Dla podniesienia czułości glukozuryi, jako metody badania stanu trzustki, polecił Kraus w przypadkach, gdzie jest podejrzenie co do schorzenia tego narządu, podawać wewnętrznie 100 grm. dekstrozy i następnie badać mocz co do cukru. Lecz i w tej modyfikacyi metoda ta jest niepewną, na wyniki jej bowiem poważny wpływ wywiera nietylko stan trzustki, której części jeszcze zdrowe mogą wyrównawczo zastąpić pracę części zajętych sprawą chorobową, lecz również stan nerek (Achard i Castaigne i wielu innych), warunki wchłaniania cukru z jelit i glikolityczna siła tkanek.

Z innych warunków wysnuwają badacze (Kraus i Ludwig [105]), Chvostek [106]), Eppinger wspólnie z Faltą i Rudingerem [107]), Falta [26]) i wielu innych) w ostatnim czasie na plan pierwszy znaczny udział gruczołu tarczowego w wymianie węglowodanów. Gruczoł ten ma za zadanie hamować wewnętrzną wydzielinę trzustki, skierowaną ku regulacyi wymiany cukru. Oczywiście więc, że samo wzmożenie tej czynności gruczołu tarczowego, któremu może nawet nie towarzyszyć zwiększenie jego objętości, może w znacznej mierze obniżyć granicę przyswajania cukru i doprowadzić do glukozuryi, pomimo zdrowego stanu trzustki, i odwrotnie. Stąd wynika, że glukozurya może mieć w dyagnostyce schorzeń trzustki jedynie względne znaczenie. Jej wartość obniża się jednak w wysokim stopniu przez stosunkowo rzadkie jej pojawianie się.

*) Przytaczam według Körtego.

Z innych metod, opartych na braku wydzieliny wewnętrznej trzustki w jej schorzeniach należy wspomnieć o t. zw. odczynie midryatycznym Löwiego [107]). Löwi twierdzi że trzustka hamuje swoją wydzieliną wewnętrzną pobudliwość układu nerwowego współczulnego. Wskutek tego działania hamującego wpuszczanie do worka spojówkowego adrenaliny (3 krople 1‰ rozczynu, po 5 minutach jeszcze 3krople) nie wywołuje zmiany rozmiarów odpowiedniej źrenicy, w razie zaś usunięcia hamulca wywołuje odwrotnie jej rozszerzenie. Takie rozszerzenie dowodzi, według Löwiego, schorzenia trzustki z wyjątkiem tych przypadków, w których pobudliwość układu współczulnego jest wzmożona wskutek innych przyczyn (np. choroby Basedowa, hypertyreoidyzmu). Ujemny wynik przeciwnie nie wyłącza schorzenia trzustki.

Jakkolwiek badania Storcka [109]) stwierdziły wartość odczynu adrenalinowego, nie przypisuję mu jednak wielkiego znaczenia, otrzymywałem bowiem wyniki dodatnie w tych przypadkach, w których żadnych wskazówek schorzenia trzustki nie było, mianowicie, na 30 przypadków różnego rodzaju schorzeń otrzymałem zapomocą adrenaliny rozszerzenie źrenicy w 7 (23%), a to z 4 przypadków przewlekłego nieżytu żołądka w jednym, z 6 przewlekłego nieżytu jelit, który objawiał się biegunką, w jednym, z 7 gruźlicy płuc w dwóch, z 6 niedokrwistości w jednym, dalej w jednym przypadku ostrego gośćca stawowego i wreszcie w jednym zanikowej marskości wątroby; oprócz tych przypadków, zbadałem w tym kierunku po 2 przypadki niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia lewego ujęcia żylnego i jeden przypadek wrzodu okrągłego żołądka i w tych wszystkich przypadkach otrzymałem wyniki ujemne. Oderwane spostrzeżenia nielicznych innych badaczy, którzy studyowali odczyn Löwiego, przemawiają również nie na jego korzyść.

VII.

Zupełnie oddzielnie od omówionych już metod musimy postawić odczyn, polecany przez Cammidge, tembardziej, że podstawa tego odczynu dotychczas nie jest wyświetlona. Nie zamierzam opisywać techniki odczynu, ograniczę się tylko do krytycznej oceny jego znaczenia. Przy rozpatrywaniu bardzo bogatego piśmiennictwa tej sprawy, pomimo woli uderza ogromna różnica zdań poszczególnych badaczy co do wartości tego odczynu. Jedni (Robson, Watson, Schwarz i inni) zupełnie stanowczo są gorącymi jego zwolennikami, niektórzy z nich dochodzą w swym zapale do tego stopnia, że jak, np. Barker [110]) głoszą wprost, iż »tam, gdzie kryształy znaleziono, musi być rozpoznane zapalenie trzustki; gdzie zaś ich niema, rozpoznanie takie powinno być odrzucone«. Chirurg tej miary, jak Kehr [111]), uzależnia rozwiązanie sprawy operacyjnego leczenia kamicy żółciowej od wyniku odczynu Cammidgea. Inni autorowie (Maass [112]), Feldman [113]), Dreesmann [114]), Taylor, Krienitz [115]), Florio i Zambelli [116]) i inni nadają odczynowi Cammidgea doniosłe znaczenie w szeregu innych oznak schorzenia trzustki. Cały szereg autorów (Haldane. Eichler i Schirokaner [117]), Brugsch, Schumm i Hegler [118]), Grimbert i Bernier [119]) i inni) wreszcie odmawia temu odczynowi wszelkiego znaczenia lub (Hess [120]), Keuthe [34]) i inni) zachowuje się względem niego bardzo sceptycznie. Sam Cammidge nie nadaje już w ostatnim czasie swojemu odczynowi znaczenia objawu patognostycznego, lecz uważa go za dobry objaw pomocniczy przy rozpoznawaniu schorzeń trzustki.

Wobec różnorodności w poglądach różnych autorów wybrałem dla wytworzenia sobie własnego zdania o odczynie Cammidgea jedyną możliwą drogę, mianowicie postanowiłem zbadać go na większym i różnorodnym materyale. W tym celu przerobiłem go w 180 przypadkach różnych schorzeń, w tej liczbie było 52 przypadki skazy moczanowej, 34 ogólnego stwardnienia tętnic, 44 różnych schorzeń wątroby, przeważnie kamicy żółciowej, 13 chorób nerek, 9 przewlekłego nieżytu jelit i t. d. Z tej liczby spostrzeżeń wynik dodatni otrzymałem w 90 przypadkach, a więc w 50%, mianowicie, w skazie moczanowej w 24 (46%) w stwardnieniu tętnic w 19 (55·9%), w chorobach wątroby i dróg żółciowych w 23 (52%), w chorobach nerek w 8 (61·5%), z 5 przypadków cukrzycy w 4 (80%) i t. d. Tak znaczna odsetka wyników dodatnich odczynu Cammidgea u chorych, u których inne metody badania ani same, ani w połączeniu ze sobą nie dawały żadnych wskazówek schorzenia trzustki, naprowadza na jedno z 3 przypuszczeń: albo odczyn Cammidgea niema sam przez się wielkiego znaczenia rozpoznawczego albo odwrotnie, będąc odczynem nader czułym, wskazuje, że w tych sprawach chorobowych, które badałem, zachodzą bardzo często chociażby tylko czynnościowe zaburzenia w trzustce, które też odczyn Cammidgea wykrywa, lub wreszcie odczyn ten nie jest jeszcze opracowany w dostatecznej mierze. Niejednakowy punkt topliwości kryształów (Z. Orłowski [121]), które otrzymujemy przy odczynie Cammidgea, zmusza z tych 3 możliwości najpierw zatrzymać się na myśli, czy kryształy Cammidgea są w rzeczywistości jednakowe, jakkolwiek mają one jednakowe własności zewnętrzne i rozpuszczalność w 33% kwasie siarkowym. Jeśliby przy dalszych badaniach powiodło się z pośród tych kryształów wyodrębnić kryształy o pewnych właściwościach fizyko-chemicznych, któreby otrzymywano wyłącznie w razie schorzenia trzustki, to ta okoliczność podniosłaby oczywiście znacznie wartość rozpoznawczą odczynu Cammidgea. Możliwość tego wypływa nietylko z faktu niejednostajności punktu topliwości kryształów Cammidgea, lecz również z badań d'Amato i Cuomo [122]), którzy opisali trzy oddzielne rodzaje kryształów Cammidgea, różniących się swojemi cechami pod drobnowidem. Niestety badania, skierowane ku szczegółowszemu wyświetleniu fizyko-chemicznych właściwości kryształów Cammidgea napotykają na ogromne trudności wobec tego, że na razie niepodobna otrzymać tych kryształów w dostatecznej ilości, a zupełnie czystych. Zanim ta rzecz zostanie zbadana, należy uwzględnić, że odczyn Cammidgea nieraz wypada ujemnie pomimo niewątpliwego stanu chorobowego trzustki (Hess, Schumm i Hegler, Wynhausen [123]), Kinnicutti [124]), Cammidge, który podkreśla nawet, że przy raku trzustki odczyn z reguły jest ujemny) i odwrotnie wypada dodatnio nieraz tam, gdzie trzustka nie przedstawia żadnych zmian (Petrow [125]), Roth [126]), Klauber [127]), Z. Orłowski, d'Amato i Cuomo i inni), nawet, coprawda rzadko, u zupełnie zdrowych osób (Schumm i Hegler, Haldane, Roth, Z. Orłowski, Singer [128]), Zarnicyn [131]) i inni). Wreszcie nie należy zapominać, że wynik odczynu zależy nie tyle od stanu trzustki, ile od rodzaju odżywiania badanego osobnika, jak to wykazał Smolenski [129]), następnie Petrow, z któ-

rych badań wynika oprócz tego, że odczyn występuje tem wybitniej, im więcej sacharozy wprowadzimy do ustroju. Herz i Willheim [130]) przekonali się również, że odczyn Cammidgea występuje stale, do tego szybko i wybitnie nawet u zdrowych ludzi po podaniu im 100 gr. dekstrozy, lewulezy lub cukru trzcinowego, nawet gdy w ich moczu nie wykrywa się przytem cukru. Do tych wyników badań klinicznych dodam, że doświadczenia na zwierzętach z podwiązaniem przewodów trzustki, z podwiązaniem przewodu żółciowego wspólnego, ze sztucznie wywołaną cukrzycą trzustkową, martwicą tłuszczową trzustki, jej ostrem zapaleniem krwotocznem, wreszcie z całkowitem wycięciem tego gruczołu (d'Amato i Cuomo i inni) wykazały również, że niema żadnego stałego związku między powstaniem zmian chorobowych w trzustce, a zjawieniem się kryształów Cammidgea w moczu. Ocena odczynu Cammidgea jest wreszcie w wysokim stopniu utrudniona przez to, że jeden z odczynników, niezbędnych dla przeprowadzenia tego odczynu, mianowicie »plumbum tribasicum« odznacza się ogromną nietrwałością, wobec której, przerabiając odczyn, nigdy nie możemy być pewni, że odczynnik ten jest przydatny. Wobec wszystkich tych danych jestem tego zdania, że odczyn Cammidgea niema dzisiaj znaczenia rozpoznawczego w dyagnostyce schorzeń trzustki.

Nie będę poruszać całego szeregu innych objawów, którym nadawano znaczenie w dyagnostyce chorób trzustki, jakoto, wzmożonej wydzieliny śliny (sialorrhea s. salivatio pancreatica), braku łaknienia, nudności, zaburzeń jelitowych, wzdęcia brzucha, lipuryi, oksaluryi, puchliny brzusznej, niedokrwistości, skłonności do krwotoków i t. d. Wszystkie te oznaki są niestałe i nie przedstawiają nic specyalnie cechującego dla schorzeń trzustki.

VIII.

Jeśli teraz streścić wszystko, co wyżej podałem, to śmiało rzec mogę, że nie mamy żadnej oznaki, któraby sama przez się nieomylnie świadczyła o schorzeniu trzustki. I dziś więc jest uzasadnione to zdanie, które miał obalić swoją reakcyą Cammidge, a które brzmi: »Stany zapalne trzustki, nowotwory, jak również torbiele i kamienie trzustki nie dają ścisłych objawów patognostycznych«. Nie posiadając znaczenia bezwzględnego, wiele z przytoczonych wyżej oznak nabiera jednak bezwarunkowo ogromnego znaczenia w połączeniu ze sobą. Takie skojarzenie pozwala nam dzisiaj rozpoznać w wielu przypadkach schorzenie trzustki, co jeszcze stosunkowo tak niedawno stanowiło »wynik raczej domysłu, niż rozumowań klinicznych« (Seitz). Taki typowy obraz kliniczny istnieje wtedy, gdy u chorego znajdujemy jednocześnie stan zwany »azotorrhoea«, nader silnie wyrażone zaburzenie wchłaniania i rozkładu tłuszczu, brak (pomimo wielokrotnych poszukiwań) trypsyny w treści żołądka i w wypróżnieniach, otrzymanych metodą specyalną, zwiększenie ilości dyastazy we krwi i w moczu z silnem obniżeniem jej zawartości w wypróżnieniach, glukozuryę, nerwoból trzewny, zwłaszcza zaś nieruchome przy macaniu, oddychaniu i zmianie położenia ciała obrzmienie, usadowione w typowem dla trzustki miejscu, z cechującem zachowaniem się przy opukiwaniu i przy rozdymaniu żołądka i jelit, wreszcie żółtaczkę, zwłaszcza przy jednoczesnej wyczuwalności rozciągniętego pęcherzyka żółciowego. W tak pełnym obrazie klinicznym występują jednak schorzenia trzustki nadzwyczaj rzadko. Zwykle wielu z tych oznak w obrazie klinicznym brakuje, zależnie od warunków, które szczegółowo omówiłem dla każdego objawu z osobna. Z tego, com przedstawił, oczywiście wynika również, że wszystkie te oznaki mają niejednakową wartość rozpoznawczą. Doświadczenie kliniczne badającego lekarza rozstrzygnie, jakie miejsce należy się każdej z oznak w podobnych trudniejszych do rozpoznania przypadkach i jak one powinny być skojarzone, i w ten sposób da mu możność dokładnego rozpoznania pomimo, że cały szereg objawów doniosłej wagi nie jest wyrażony.

Piśmiennictwo. 1) Przytaczam według Carnot. Maladies des glandes salivaires et du pancreas. Nouveau Traité de Med. et de Thér. Brouardel et Gilbert XX. — 2) Desjardins. Etude sur les Pancreatitis. Thèse de Paris. 1905. — 3) Leube. Czastnaja dyagnostika wnutrennich boleznej. 1905, w tłóm. rosyjskiem, t. I, str. 324. — 4) Seidel. Münchener med. Woch. 1909, Nr 33, str. 1709—1710. — 5) Witzel. Deutche Zeit. für Chir. 1886, t. 24. — 6) Israël. Deutsche med. Woch. 1900, Nr 22. — 7) Körte. Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Pankreas 1898. — 8) Martynow. Chirurgija podżełudocznoj żelezy. Rozprawa doktorska. Moskwa, 1897. — 9) Manujłow. O pierwicznych złokaczestwienych nowoobrazowanijach podżełudocznoj żelezy. Rozprawa doktorska. Petersburg. 1902. — 10) Friedreich. Die Krankheiten des Pankreas, 1888. — 11) Doerfler. Münch. med. Woch. 1900, Nr 8. — 12) Bard et Pic. Revue de med. 1888, t. 8, str. 258. — 13) v. Büngner. Berl. klin. Woch. 1902, str. 946. — 14) Courvoisier. Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig, 1890. — 15) Moncorgé. Progrès med. 1889, Nr 48. — 16) Kellermann. Fall von Carcinom des Pankreas. Dissert. 1894. — 17) Cochez. Revue de med. 1895, str. 545. — 18) Lubieniecki i Fofanow. Russkij Wracz 1906, Nr 12 i 13. — 19) Brugsch. Zeitschr. f. exp. Pathol. und Pharm., t. 6, zesz. 2. — 20) Sandmeyer. Zeitschr. für Biol. 1892, t. 29 i 1895, t. 31. — 21) Rosenberg. Du-Bois Archiv 1896, str. 535. — 22) Lombroso. Archiv f. exp. Physiol. 1906, t. 112; Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. 1907, t. 56 u. 1909, t. 60. — 23) Zuntz und Mayer Bulletin de l'Acad. royale de méd. de Belge 1905, t. 19, str. 509. — 24) Niemann. Zeitschr. f. exp. Pathol. und Ther. 1909, t. 5, zesz. 3. — 25) Fleckseder. Archiv f. exp. Pathol. und Pharm. 1908, t. 59, zesz. 6. — 26) Falta. Zeitschr. f. klin. Med. 1910, t. 71, zesz. 1—2. — 27) Brugsch., ibidem 1906, t. 58, zesz. 5—6. — 28) Müller., ibidem 1887, t. 12. — 29) Schmidt und Strasburger. Die Faeces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande mit besonderer Berüksichtigung der klinischen Untersuchungsmethoden Berlin, 1910, 3 Auflage, str. 171. — 30) Weintraud. Die Heilkunde. 1898, zesz. 2. — 31) Schmidt. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1906, t. 87, str. 455. — 32) Deucher. Korresp. f. Schw. Aerzte 1898, Nr 11—12. — 33) Adler und Milchner. Berlin. klin. Woch. 1908, Nr 32. — 34) Keuthe, ibid. 1909, Nr 2. — 35) Moyse. Fonctions et maladies du pancréas. Thèse de Paris, 1852. — 36) Salomon und Almagia. Wiener klin. Woch. 1908, Nr 24. — 37) Bonnamy. Etude clinique sur les tumeurs du pancréas. Thèse de Paris, 1879. — 38) Przibram. Prager med. Woch. 1899, Nr 36—37. — 39) Katz. Wien. medic. Woch. 1899, Nr 4—6. — 40) Albu. Berl. klin. Woch, 1900, Nr 40. — 41) Umber im Gemeinschaft mit Brugsch. Archiv. f. exp. Pathol. u. Pharm. 1906, t. 55. — 42) Abelmann. Ueber die Ausnutzung der Nahrungsstoffe nach Pancreasexstirpation. Dorpat. Inaug. — Diss. 1890. — 43) Zoja. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. innere Med. 1899, Nr 50. — 44) v. Noorden. Verhandlungen des Kongresses für innere Mediciu. 1904. — 45) Salomon, ibid. 1902 i Berlin. klin. Woch. 1902, Nr 3. — 46) Wynhausen Berl. klin. Woch. 1909, Nr 30. — 47) De Renzi, ibid. 1892. — 48) Cavazanni. Zentralbl. f. allg. Pathol. 1893. — 49) Lichtheim. Berl. klin. Woch. 1894, Nr 8. — 50) Morelli. Przytaczam podług Archiv f. Verdauungsk. 1910, t. 16, str. 608. — 51) Marrassini. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. die ges. Physiol. und Pathol. des Stoffwechsels 1909, str. 105. — 52. — Abderhalden und Pinkussohn. Zeitschrift f. physiol. Chemie 1909, t. 61. — 53) Gliński. Przegląd lek. 1901, Nr 45 i 1902, Nr 3—4. — 54) Roblée. Przytaczam według referatu w Deutsche med. Woch. 1909, Nr 17, str. 775. — 55) Sahli. Deutsches Archiv f. klin. Med.

1898, t. 61; Deutsche med. Woch. 1897, Nr 1, Korrespondenzbl. f. Schw. Aerzte 1898, Nr 10—11. — 56) Schmidt. Deutsche med. Woch. 1898, Nr 49; 1899, Nr 45, 1908, str. 997 i Verhandl. des 21 Kongr. f. innere Med. 1904, str. 342. — 57) Fromme. Münch. med. Woch. 1901, Nr 15. — 58) Wallenfang. Ueber die Symptome der gestörten Funktion des Pankreas mit besonderer Berücksichtigung neuerer Versuche zur Prüfung derselben Inaug. Diss. Bonn. 1903. — 59) Umber. Zeitschrift f. klin. Medic. 1901, t. 43. — 60) Wohlgemuth. Berl. klin. Woch. 1910, Nr 3. — 61) Hesse. Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Ther. 1909, Nr 7. — 62) Gumlich und Araki. Zeitschr. f. physiol. Chemie, t. 18. — 63) Nakayama. Przytaczam według artykułu Schittenhelma w Zentralbl. f. die ges. Physiol. u. Pathol. des Stoffwechsels 1910, str. 49. — 64) Westenrik. Russkij Wracz 1910, Nr 21. — 65) Strauch. Deutsche medic. Woch. 1909, Nr 52, str. 2310. — 66) Boas. Zeitschrift f. klin. Med. 1889, t. 10. — 67) Bołdyrew. Russkij Wracz 1904, Nr 39—40. 68) Müller. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1908, t. 92 i Münch. med. Woch. 1907, Nr 8. — 69) Schlecht. Münch. med. Woch. 1908, Nr 14 i Zentralbl. f. innere Med. 1909, Nr 6. — 70) Wohlgemuth. Biochemische Zeitschr. 1908, t. 9 i Berl. klin. Woch. 1910, Nr 3. — 71) Einhorn. Archiv. f. Verdauungskr. 1909 i Berl. klin. Woch. 1910, Nr 12. — 72) Gross. Münch med. Woch. 1910, Nr 22. — 73) Zarnicyn. Russkij Wracz 1910, Nr 17. — 74) W. Orłowski. Rocznik lekarski 1910, t. 2, zesz. 1 i Russkij Wracz 1910, Nr 8—10. — 75) Gerhardi. Virchow's Archiv 1886, t. 106. — 76) Zuccola. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. innere Med. 1910, Nr 17. — 77) Visentini. Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. t. 62, str. 186. — 78) Schwarz. Wiener klin. Woch. 1909, Nr 9. — 79) Enriquez, Ambard et Binet. Semaine méd. 1909, Nr 2. — 80) Wohlgemuth. Deutsche medic. Woch. 1909, Nr 33, str. 1457. — 81) Wynhausen. Berl. klin. Woch. 1909, Nr 30 i 1910, Nr 11. — 82) Hirschberg. Deutsche med. Woch. 1910, Nr 43. — 83) Loeper et Rathery. Archiv des mal. d'appareil digestif. 1909, Nr 5. — 84) v. Benczur. Wiener klin. Woch. 1910, Nr 24. — 85) Wohlgemuth. Biochem. Zeitschr. 1909, t. 21 i Berl. klin. Woch. 1910, Nr 31. — 86) Wynhausen. Berl. klin. Woch. 1910, Nr 46. — 87) Müller. Zentralbl. f. innere Med. 1908, str. 389. — 88) Strasburger. Deutsches Arch. f. klin. Med., t. 67, str. 259. — 89) Esser, ibid., 1908, t. 93, zesz. 5, str. 535. — 90) Terroine. Przytaczam według Zentralbl. f. d. ges. Physiol. u. Pathol. des Stoffwechsels 1909, str. 147. — 91. Ury. Biochem. Zeitschr., t. 23, str. 163. — 92) Wegscheider. Ueber die normale Verdauung bei Säuglingen. Inangur.-Diss. Strassburg, 1875. — 93) Blauberg. Experimentelle und kritische Studien über Säuglingsfäces. Berlin, 1897. — 94) Hoppe-Seyler. Physiol. Chemie. Berlin, 1881. str. 337. — 95) Bokay. Zeitschr. f. physiol. Chemie 1877, t. 1, str. 157. — 96) Mayer. Berl. klin. Woch. 1905, str. 1102. — 97) Hasebrock. Zeitschr. f. physiol. Chemie 1888, t. 12, str. 148. — 98) Caro und Wörner. Berl. klin. Woch. 1909, Nr 8. — 99) Ehrmann. Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 69, str. 318. — 100) Salomon. Wiener klin. Woch. 1908, Nr 14. — 101) Usuki. Archiv f. exp. Pathol. u. Ther., t. 63, str. 270. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. innere Med. 1910, Nr 51, str. 1277. — 102) Stassano et Billon. Comptes rend. de Soc. biol. 1903, t. 55, str. 482 i 924. — 103) Słowcow. Izwiestija Wojenno-Med. Akad. 1906, t. 12, Nr 3.— 104) Hansemann. Zeitschr. f. klin. Med. 1894, t. 26. — 105) Kraus und Ludwig. Wiener klin. Woch. 1891, Nr 48. — 106) v. Chvostek. Ibidem, Nr 17—18 i 22. — 107) Eppinger, Falta und Rudinger. Zeitschr. f. klin. Med., t. 66. — 108) Loewi. Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. 1908, t. 59, zesz. 1. — 109) Storck. Przytaczam według referatu w Ruskim Wraczu 1909, Nr 9, str. 312. — 110) Barker. Przytaczam według Zentralbl. f. inn. Med. 1909, Nr 25, str. 627. — 111) Kehr. Münch. med. Woch. 1909, Nr 21 i Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., t. 20, zesz. 1. — 112) Maass. Mediz. Klinik. 1909, Nr 5. — 113) Feldman. Russkij Wracz 1910, Nr 23. — 114) Dreesmann. Münch. med. Woch. 1909, Nr 14. — 115) Krienitz. Archiv f. Verdauungskr. 1909, t. 15, Nr 1. — 116) Florio et Zambelli. Przytaczam według artykułu d'Amato und Cuomo w Zentralbl. f. inn. Med. 1910, Nr 41. — 117) Eichler und Schirokauer. Berl. klin. Woch. 1909, Nr 8. — 118) Schumm und Hegler. Münch. med. Woch. 1909, Nr 37 i 40. — 119) Grimbert et Bernier. Semaine méd. 1909, 30 czerwca. — 120) Hess. Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir., t. 19, zesz. 2 i Deutsche med. Woch. 1910, Nr 2. — 121) Z. Orłowski. Wraczebnaja Gazeta 1909, Nr 20. — 122) D'Amato und Cuomo. Zentralbl. f. innere Med. 1910, Nr 41. — 123) Wynhausen. Przytaczam według referatu w Zentralbl. f. in. Med. 1910, Nr 17, str. 423. — 124) Kinnicutti, ibid., str. 424. — 125) Pjetrow. Russkij Wracz 1909, Nr 44—45. — 126) Roth. Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 67. — 127) Klauber. Med. Klinik. 1909, Nr 10. — 128) Singer. Wiener med. Woch. 1910, Nr 44. — 129) Smolenski. Zeitschr. f. physiol. Chemie 1909, t. 60, str. 119. — 130) Herz und Willheim. Wiener klin. Woch. 1910, Nr 24. — 131) Zarnicyn. Prakticz. Wracz 1910, Nr 25—26.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Paweł Ehrlich: **Szkice o istocie i leczeniu chorób zakaźnych.** Przełożył z oryginału dr Zygmunt Szymanowski. Warszawa (E. Wende i Sp.) 1911. Stron XVI + 233.

Swoją popularną sławę wśród szerokich kół oświeconego społeczeństwa zawdzięcza Ehrlich wynalazkowi salvarsanu; w kołach tych, szukających w każdem odkryciu naukowem przedewszystkiem utylitarnej jego strony, ceniących je przeważnie tylko o tyle, o ile ono przynosi praktyczne korzyści, — mało kto zdaje sobie sprawę, że sprawa salvarsanu jest tylko jednem ogniwem działalności wielkiego badacza, a bynajmniej nie jedynym jej wynikiem, i że doniosłość ostatniego odkrycia Ehrlicha leży nietylko w zastosowaniu leczniczem, ale (i to może nawet większa) w tem, że salvarsan okazał się sprawdzianem słuszności niektórych teoretycznych założeń, poprzednio przez Ehrlicha zbudowanych. Wśród lekarzy i przyrodników, znających oczywiście dokładniej wieloletnie prace Ehrlicha i wyniki, do których one w różnych czasach doprowadzały, znajdują one dziś przeważnie trafniejszą ocenę; niemniej jednak nie wszyscy jeszcze zdają sobie dobrze sprawę ze ścisłego związku, jaki łączy między sobą różnorakie kierunki badań znakomitego tego uczonego, z konsekwencyi myśli twórczej, wijącej się jak nić czerwona w jego dziełach. Toteż niewątpliwie przynoszą pożytek komentarze, rozprawy poglądowe, a zwłaszcza analizy krytyczne, pojawiające się coraz liczniej zagranicą, a także i u nas, a poświęcone rozbiorowi prac Ehrlicha, teoryi, przez niego z prac tych wysnuwanych, i zarazem objaśniające drogę, po której on kroczył. Jednakże bez względu na przeczytanie tych rozpraw, krytyk i komentarzy, konieczne jest z pewnością przestudyonie rozpraw, ogłoszonych w ostatnich latach przez samegoż Ehrlicha; dając syntezę jego zapatrywań, pozwalają one zarazem zapoznać się u źródła z tą niezwykłą wśród współczesnych uczonych lekarzy umysłowością. Z tego względu przekład zasadniczych rozpraw Ehrlicha z lat ostatnich na język polski był bardzo na czasie, dozwala on bowiem zapoznać się dokładniej z niemi większości naszych lekarzy, nie władających językiem niemieckim.

Tłómacz, dr Zygmunt Szymanowski, połączył w jednej książce zbiór rozpraw Ehrlicha, wydany w r. 1909 p. t.: »Beiträge zur experimentellen Therapie und Chemotherapie«, z drugą (przez Ehrlicha napisaną) częścią dzieła Ehrlicha-Haty, ogłoszoną w r. z. pod tytułem: »Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen«. W ten sposób na polskie wydawnictwo złożyły się: »Badania doświadczalne nad lecznictwem swoistem«, obejmujące wykłady: o odporności ze szczególnem uwzględnieniem działania antygenów, o czynnościach atreptycznych i chemoterapii świdrowic (trypanosomiases), następnie »Stan obecny badań nad rakiem«, streszczający doświadczalne badania Ehrlicha i jego współpracowników, dokonane w Instytucie Frankfurckim, w zestawieniu z badaniami, podejmowanemi w innych pracowniach, dalej rozprawy »Chemoterapia współczesna« i »O czynnościach cząstkowych komórki«, — a wreszcie »Uwagi i wnioski ogólne o leczeniu chorób krętkowych«, w których omawia Ehrlich charakter i własności chemiczne środka »606«, chemoterapię chorób świdrowcowych, taktykę badania środków leczniczych w praktyce, oraz wyniki i widoki na przyszłość. Przez włączenie tej ostatniej rozprawy zyskuje polskie wydanie zbioru rozpraw Ehrlicha pewne zaokrąglenie.

Z.

Pamiętnik I. krajowego Zjazdu przemysłowo-balneologicznego, odbytego we Lwowie 29„ 30. i 31. X. 1910. Lwów, 1910. Nakładem Komitetu Zjazdu. Stron 233.

Stan i potrzeby zdrojowisk i uzdrowisk galicyjskich, zestawiane przed laty peryodycznie przez wychowańców szkoły Dietla, przejętych za jego wzorem troską o rozwój tej ważnej gałęzi lecznictwa i zarazem gospodarstwa krajowego, przestały przez pewien czas zwracać uwagę szerszego ogółu. Kilkanaście lat przerwy oddziela owe dawniejsze obrachunki stanu i postępu zdrojownictwa, kreślone przedewszystkiem wytrwale przez Michała Zieleniewskiego, od niedawnego ponowienia przez Polskie Towarzystwo balneologiczne usiłowań, by zestawieniem programu koniecznych ulepszeń popchnąć nasze zdrojownictwo energiczniej naprzód. Od tego czasu postęp tych usiłowań jest znowu szybszy, szczególnie w kierunku spopularyzowania w całem społeczeństwie sprawy zdrojownictwa i w kierunku zwrócenia uwagi władz na ekonomiczną jej dla kraju doniosłość. Niemniej jednak ogólny obraz niedomagań z jednej strony, a niezbędnych zmian w naszych zdrojowiskach z drugiej, nie był do zeszłego roku dość powszechnie znany, obrady bowiem krajowej ankiety zdrojowej z r. 1906 nie zostały opublikowane w formie łatwo dostępnej, lecz tylko w sprawozdaniach Wydziału krajowego, przedkładanych Sejmowi. Do nakreślenia takiego obrazu i to w jaknajszerszym zakresie i przedstawienia go ogółowi zmierzał zeszłoroczny Zjazd przemysłowo-lekarski. Cel ten osiągnięto rzeczywiście o tyle, że organizatorom Zjazdu powiodło się Zjazd umiejętnie przygotować i zainteresować nim wszystkie powołane czynniki. Co ważniejsza, nie popełniono zwykłego u nas błędu i nie zadowolniono się żywem wprawdzie, ale chwilowem wrażeniem, jakie wywarły obrady Zjazdu na szersze koła, ale postarano się o trwalsze oddziaływanie Zjazdu w dwojakim kierunku: przez szczęśliwe wprowadzenie w czyn »Związku zdrojowisk i uzdrowisk« i przez wydanie »Pamiętnika Zjazdu«, który wydawcy pragnęli uczynić »niezbędnym podręcznikiem dla wszystkich osób, zajmujących się zdrojownictwem« i dać w nim »całość, obejmującą ogół potrzeb naszego zdrojownictwa«.

Pamiętnik zawiera szczegółowe sprawozdanie z obrad Zjazdu, obejmujące także »in extenso« wszystkie wygłoszone referaty, o których »Przegląd« wkrótce po Zjeździe zdawał już treściwie sprawę. Dokładniejsze rozpatrzenie się w obradach Zjazdu, jak one są przedstawione w »Pamiętniku«, przekonywa rzeczywiście, że program Zjazdu obmyślony był wszechstronnie i istotnie obejmował »ogół potrzeb naszego zdrojownictwa«. A jeżeli nie wszystkie wygłoszone referaty, jak się obecnie po ich wydrukowaniu w całości — okazuje, stały na wysokości zadania, jeżeli w tym lub owym pokryto krasomówstwem pewien niedobór realnych danych, to przecież znaczna większość referatów wypełniła swe zadanie, przedstawiła dość wyczerpująco stan obecny i doszła do pozytywnych wniosków, a kilka referatów było wprost pierwszorzędnych. Wreszcie nawet owe usterki w niektórych referatach zjazdowych zrównoważyli wydawcy »Pamiętnika« przez to, iż umieścili w nim bardzo cenny, a poczęści mało znany materyał, w postaci: wyników obrad komisyi balneologicznej warszawskiego Towarzystwa higienicznego, rezolucyi ankiety zdrojowej z r. 1906, rezolucyi sejmowej komisyi sanitarnej z r. 1908, wiadomości o »Krajowym Związku zdrojowisk«, najważniejszych ustaw zdrojowych, obowiązujących w Galicyi, w końcu mapki zdrojowisk polskich dr. Zanietowskiego i tabeli porównawczej dr. Dobrzyckiego w opracowaniu prof. Glińskiego, co wszystko razem uzupełnia bilans naszego zdrojownictwa, będący jednym z celów »Pamiętnika«. S.

Szumowski: **Sprawozdanie lekarskie o Szczawnicy za rok 1910.** Lwów, 1911, str. 29. Przez dłuższy szereg lat nie było powodu zajmować się w »Przeglądzie« dorocznemi publikacyami większości naszych zdrojowisk. Publikacye te, noszące przeważnie charakter prospektów handlowych, z roku na rok przynosiły tesame szczegóły o położeniu geograficznem, warunkach klimatycznych, składzie wód, wskazaniach leczniczych, urozmaicając je tylko wiadomością o wybudowaniu jakiegoś nowego domu dla gości, o zaprowadzeniu tego lub owego urządzenia leczniczego i t. d. i t. d., a krasząc prawie zawsze kwiecistem zapewnieniem o wyższości danego zdrojowiska nad zagranicznemi. Jeżeli zaś znalazło się niekiedy w takim prospekcie sprawozdanie lekarskie, to niemal bez wyjątku zepchnięte na szary koniec i ujęte w ciasne ramy, jakby wydawcy żal było wydatku na druk tego właśnie ustępu. W »Sprawozdaniu lekarskiem o Szczawnicy za r. 1910« witamy natomiast dawno niewidzianego, a tak wyczekiwanego gościa: pierwszą próbę podniesienia poziomu dorocznych wydawnictw zdrojowych i nadania im cech publikacyi poważnych, nie reklamę dla publiczności, ale informacyę dla lekarzy i rzeczywiste zdanie sprawy z pracy lekarza zdrojowego mających na oku.

Sprawozdanie Dr. Szumowskiego obejmuje dane o ruchu chorych (w r. 1910 nieco większym, niż w r. 1909), które niestety nie pod wszystkimi względami mogły być wyczerpujące, bo ....z lekarzy, ordynujących w Szczawnicy, tylko paru nadesłało autorowi liczby prawdziwe i ścisłe (!). Jak z góry można się było spodziewać, główny kontyngent (79%) chorych stanowili chorzy z cierpieniami dróg oddechowych, a wśród nich chorzy na gruźlicę. Autor omawia szczegółowiej sprawę leczenia gruźlicy w Szczawnicy, kładąc słusznie nacisk na odpowiedni dobór przypadków, niestety dotąd jeszcze nie przez wszystkich lekarzy przestrzegany. Z innych grup chorobowych najczęściej przybywają do Szczawnicy chorzy na choroby narządów trawienia i dróg żółciowych (8·5%), kwalifikujący się raczej do innych zdrojowisk, oraz na choroby krążenia (4%), co jest dość nowe i, jak się okazało, dla pewnych kategoryi chorych na serce zupełnie odpowiednie. W drugim ustępie streszcza autor wyniki obserwacyi meteorologicznych, wskazując na liczne jeszcze braki w klimatologii Szczawnicy, które obecnie będą mogły być usunięte po urządzeniu na nowo stacyi meteorologicznej według zasięgniętych wskazówek fachowych. Następuje dokładny opis nowego ujęcia źródeł Wandy i Szymona z przytoczeniem wyniku rozbioru tych źródeł, po ujęciu przeprowadzonego przez Prof. Marchlewskiego. W ustępie IV. przytacza autor względy, wymagające reformy w sposobie wydawania wody ze zdrojów mineralnych, wymienia konieczne ulepszenia, które mają nastąpić w r. 1911 (odnowienie zakładu inhalacyjnego), nie pomijając tych, które nastąpić były powinny, a dotąd nie nastąpiły (urządzenie leżalni publicznych). Z innych urządzeń, wspomnianych w sprawozdaniu, zasługuje na uwagę stacya dezynfekcyjna, wykonująca odkażanie mieszkań po chorych na gruźlicę na koszt komisyi zdrojowej, a zatrudniająca w r. 1910 osobnego dezynfektora. Zdaje nam się jednak, że przy tym rodzaju chorych, jaki skupia się w Szczawnicy, odkażanie mieszkania »ile razy lekarz ordynujący uzna to za potrzebne«, to za mało i że zmierzaćby należało do odkażania obowiązkowego po każdym chorym. Pozostawienie gościowi prawa dowiadywania się, czy dezynfekcya po poprzednim była zrobiona i żądania jej »choćby nawet dla samej obawy« nie jest wystarczające, pomimo że corocznie przed sezonem pokoje są czyszczone i bielone, bo wszak w ciągu sezonu mieszkańcy zmieniają się kilkakrotnie, a nie u wszystkich gości liczyć można na dostateczną ostrożność przed zajęciem opróżnionego mieszkania. W r. z. urządzono dom izolacyjny, który jednak ani razu nie okazał się potrzebnym, bo nie było żadnego przypadku choroby zakaźnej. Pominąwszy ustępy sprawozdania, dotyczące mieszkań, fundacyi i zakładów humanitarnych i (szczegółowo podanych ale, jak autor podnosi, nie dość przejrzystych) rachunków komisyi zdrojowej, zasługuje jeszcze na wzmiankę szczegółowe przedstawienie projektu wodociągów i kanalizacyi, oraz sprawy kolei do Szczawnicy.

Przykład, dany przez Dr Szumowskiego, powinien ry-

chło znaleść naśladowców. Im bardziej bowiem rzeczowo, prawdziwie i szczegółowo będą lekarzom przedstawiane stosunki i potrzeby naszych zdrojowisk, tem śmielej każdy lekarz będzie mógł do nich kierować swoich chorych, wiedząc napewno, co może im w tych zdrojowiskach przyrzec i o jakich brakach musi uprzedzić i nabierając tem większego zaufania, że zdrojowisko, które zdaje sobie sprawę ze swych niedostatków i ich nie zataja, niewątpliwie też starać się będzie jaknajrychlej je usunąć. S.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Multanowski. **O znaczeniu urazu w powstawaniu gruźlicy.** (Russkij Wracz 1911, Nr 10). Badania swoje przeprowadził M. na 20 królikach. Technika badań była następująca: Króliki uderzano ciężarkiem 500-gramowym w okolicy biodra i potem wstrzykiwano im do żyły usznej świeżo przyrządzoną zawiesinę bakteryi gruźliczych. Na sekcyi znajdował M. zawsze zmiany gruźlicze w urażonych mięśniach i w innych narządach, przeważnie w płucach. Pierwotne zmiany gruźlicze w urażonych mięśniach znajdowano w »perimysium internum«. Wobec tego twierdzi M., iż uraz ma olbrzymie znaczenie przy powstawaniu cierpień gruźliczych (w tych przypadkach, kiedy w ustroju znajduje się jawna lub ukryta gruźlica) i że wbrew istniejącym poglądom mięśnie nie mają, przynajmniej w warunkach pracownianego doświadczenia, domniemanej odporności. Z. Gilewicz.

Jan Studziński. **W sprawie wpływu prątka okrężnicy na ustrój zwierząt.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). S. wstrzykiwał hodowlę żywych i zabitych laseczników do żyły i do jamy otrzewnej królikom i świnkom morskim. Przy sekcyi znajdował w wątrobie, zależnie od czasu stosowania hodowli, zwyrodnienia miąższowe, nacieki komórkowe i rozwój tkanki łącznej. Takież zmiany, tylko nieco słabiej wyrażone, znajdował S. w nerkach; nadnercza zaś, śledziona i mięsień sercowy były bez wybitnych zmian. W tętnicy głównej w kilku przypadkach można było stwierdzić zmiany, znajdowane przy miażdżycy doświadczalnej. Z. Gilewicz.

Marcinkowski. **O hodowlach pierwotniaków.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). Autor podaje wyniki swych badań nad: Leishmania tropica, piroplasma equi i trypanosoma bovis w pożywkach sztucznych. Dla otrzymania hodowli autor używał 2 sposobów: a) sposobu Novy i Mr. Heala, polegającego na tem, iż materyał, zawierający pierwotniaki, zasiewa się do wody kondensacyjnej agaru z krwią i b) sposobu Rogera, Donovana i in., polegającego na dodawaniu do badanej krwi cytrynianu potasowego w ilości 10%. Na pożywkach tych pierwotniaki wyrastają na 2-gi lub 3-ci dzień, podłoże jednak z małymi wyjątkami pozostaje bez widocznych zmian i rozmnażanie się pierwotniaków nie dosięga nigdy tych rozmiarów, jakie widzimy w hodowlach bakteryi. Sztuczne hodowle pierwotniaków mają według zdania M. doniosłe znaczenie z dwu powodów: 1) dlatego, iż w pożywkach, dzięki ich rozmnażaniu się, łatwiej je wykryć, niż we krwi, 2) dlatego, iż w pożywkach sztucznych obok rozmnażania daje się zauważyć zwiększanie się osobników, co pozwoli we krwi człowieka lub zwierzęcia wykryć takie pasorzyty, które z powodu drobnych rozmiarów dotychczas nie były wykryte. Badania hodowli sztucznych wykazują, iż pierwotniaki przechodzą w nich cykl rozwoju taki, jak w ustroju owadów, przenoszących daną chorobę, chociaż w pożywkach sztucznych cykl ten nie jest zupełny. Nasuwa to wniosek, iż najodpowiedniejszą ciepłotą dla takich hodowli będzie ciepłota pokojowa, nie zaś odpowiadająca ciepłocie ciała i pierwsze swe niepowodzenia w hodowli pierwotniaków na pożywkach sztucznych przypisuje M. temu, iż umieszczał hodowle w cieplarce. Z. Gilewicz.

Medycyna wewnętrzna.

Tauber. **W sprawie zaburzeń w trawieniu tłuszczów przy schorzeniu wątroby i trzustki.** (Ruskij Wracz Nr 10, 1911). Wychodząc z założenia, iż schorzenie trzustki napotyka się obok cierpień wątroby, czego dowiodły liczne nowsze badania, badał T. wymianę tłuszczów u 8 chorych na marskość wątroby, w celu rozstrzygnięcia sprawy rozpoznawania śródmiąższowych zmian w trzustce, napotykanych często przy marskości wątroby. Chorzy przez 3 dni otrzymywali tłuszcze w postaci masła śmietankowego, a zebrany w ciągu tych 3 dni kał badano co do zawartości tłuszczów neutralnych, kwasów tłuszczowych i mydła. Oprócz badań nad trawieniem tłuszczów badał też T. u tych chorych działanie pankreonu (fabr. Rhenania w Akwizgranie) w części w celu stwierdzenia jego wpływu na sprawę trawienia tłuszczów, w części zaś w celu wyjaśnienia, czy działanie tego przetworu nie jest o tyle wybitne, by mogło służyć do rozpoznawania schorzeń trzustki, napotykanych przy cierpieniach wątroby. Działanie pankreonu badano w ciągu 3 dni. W ten sposób okres badania każdego chorego wynosił razem 6 dni. Wyniki były następujące: W 7 badanych przypadkach marskości wątroby były zaburzenia w trawieniu tłuszczów wybitne, nie tak jednak znaczne, jak w 8. przypadku, dotyczącym raka trzustki i zaniku wątroby. Jakość wykrytych zaburzeń (znaczne zmniejszenie % mydła) pozwala jednak przypuszczać, iż zależeć one mogły nietylko od schorzeń wątroby, lecz także od zaburzeń w wydzielinie soku podpuszczkowego. Pankreon we wszystkich przypadkach wpływał dodatnio na wchłanianie, jakoteż i na rozkładanie się tłuszczów. Z. Gilewicz.

Doc. S. M. Cypkin. **W sprawie ostrej białaczki pochodzenia szpikowego.** (Medic. Obozr. Nr 2 1911). Autor bardzo szczegółowo zastanawia się nad teoryami unitarystów i dualistów, nad nieco odmiennem zdaniem Türka i Pappenheima, nad patogenezą białaczki, skłaniając się do poglądu Pappenheima, że macierzystą komórką wszystkich limfocytów i wielojądrzastych leukocytów neutrofilnych jest t. zw. limfoidocyt (Grosslymphocyt, Stammzelle). Przypadek C. dotyczy 42-letniej kobiety, która od roku uskarżała się na bóle głowy, osłabienie, gorączkę, utratę wzroku. Śledziona wystaje na trzy palce z pod brzegu żeber, gruczoły nie powiększone; czerwonych ciałek krwi 1,862.000, białych 658.000, Hb = 25%; przeważają mikrocyty, megalocyty; normoblasty, megaloblasty rzadko; wśród krwinek białych znacznie przeważają jednojądrzaste nieziarniste; znacznie mniej myelocytów; i jedne i drugie znacznych rozmiarów. W jednojądrzastych leukocytach jądro wypełnia prawie całą komórkę i barwi się na szaro (triacid Ehrlicha), protoplazma na buroczerwono, z różnymi stopniami zabarwienia. W myelocytach protoplazmy więcej, ziarna różnej wielkości; ziarna barwią się na fioletowo-czerwono. Wielojądrzastych leukocytów mało, wśród nich karłowate formy; eozynofilów mało. Stosunek poszczególnych form następujący: limfocytów dużych 70·6%; wielojądrzastych neutrofilów 1·8%; myelocytów 6·2%; promyelocytów 16%; limfocytów 3·6%; eozynofilów 1·9%; komórek tucznych 0·2. Przy sekcyi znaleziono szpik koloru szarozielonego; w wielu narządach rozrost tkanki myeloidalnej. Przypadek ten należy do ostrej białaczki pochodzenia szpikowego, a kolorem szpiku do t. zw. »hyperplastische Chloromatose« Pappenheima, stanowiąc pośrednie ogniwo między białaczką i mięsakiem zielonawym (chloroma). Znaczną niedokrwistość w danym przypadku tłómaczy C. rozpadem czerwonych ciałek pod wpływem jakiegoś jadu, krążącego we krwi. Na korzyść tego poglądu przemawia »haemosiderosis« wątroby i śledziony, znalezione przy sekcyi. C. skłania się do poglądu Pappenheima, że śledziona, szpik kostny i gruczoły limfatyczne są to odmiany jednej i tej samej zarodkowej tkanki siatkowatej, dla której limfocyt duży jest formą pier-

wotną komórki, mogącą różniczkować się w różnych kierunkach. Zależnie od ilości jadu, krążącego w ustroju, rozwijają się rozmaite formy białaczki. Komórki więcej zróżniczkowane łatwiej podlegają zmianom, niż komórki mniej zróżniczkowane; wskutek szybkiego bujania oddalają się komórki od typu swej komórki macierzystej, zróżniczkowanej i w końcu stają się podobne do swej pramacierzystej komórki zarodkowej, z której pochodzą myelocyty i limfocyty (limfomyeloblast). Im szybciej postępuje sprawa, tem trudniej różniczkować formę limfatyczną ostrej białaczki od formy szpikowej. Tomasz Cichocki.

Renon. **Leczenie gruźlicy płuc zapomocą surowic.** (Paris médical 1911 Nr 6). Leczenia surowicami nie można właściwie uważać za swoiste, gdyż surowice jako takie powinnyby równocześnie działać na prątki Kocha i ich wytwory, a tak skutecznych surowic dziś nie mamy. Swoistość dzisiejszych surowic leży właściwie w ich pochodzeniu, a nie w ich działaniu. Surowicę bakteryobójczą Maragliano otrzymuje się, wstrzykując co $1/2$ roku w coraz większej ilości zwierzętom (koniowi, kozie, jałówce, cielęciu) mieszankę, otrzymaną z osadu przesączonych prątków młodych i jadowitych oraz wyciągu wodnego zabitych prątków jadowitych. Marmorek otrzymuje surowicę, wstrzykując koniom przesącz hodowli, wyhodowanych na mieszaninie surowicy jagnięcia i bulionu wątrobowego z dodatkiem gliceryny. Surowice Lannelongue'a, Acharda i Gaillarda uzyskuje się przez wstrzykiwanie osłom toksyny, otrzymanej przez ogrzanie prątków w wodzie do 120^0, strącenie zapomocą kwasu octowego i ponowne rozpuszczenie w węglanie sodowym. Surowica Arloinga uzyskiwana bywa przez wstrzykiwanie zwierzętom hodowli i wyciągów bakteryjnych. Vallée wstrzykuje koniom naprzód prątki, pochodzące z konia, mało jadowite, a później jadowite prątki ludzkie, roztarte w wodzie wyjałowionej. Surowicę Jousseta wreszcie otrzymuje się przez wstrzykiwanie koniom mieszaniny zabitych prątków ludzkich i ich toksyn. Wstrzykiwanie podskórne surowic wywołuje różne przypadłości, bądź takie same jak surowica przeciwbłonicza (rumienie, bóle w stawach, gorączka), bądź też odmienne objawy, występujące w kilkanaście sekund po wstrzyknięciu, a niekiedy nawet już podczas wstrzykiwania. U chorych występuje trwoga, duszność, napady kaszlu, przyspieszenie oddechu, uczucie gorąca, zaczerwienienie górnej połowy ciała, nastrzykanie spojówek, przyspieszenie tętna, bolesne wzmożenie się ruchów robaczkowych jelit bez towarzyszących wypróżnień. W kilka chwil potem w miejscu zaczerwienienia występują białe plamy, spowodowane skurczem naczyń. Świadomość jest utrzymana. Objawy te prędzej lub później ustępują, niekiedy wśród potów, drżenia i uczucia zimna. W kilka godzin potem występują bóle głowy i podniesienie się ciepłoty do 39^0—40^0 C. Przypady te odnieść należy częścią do działania toksyn, zawartych w surowicy, częścią do anafilaktycznego działania samej surowicy, a w części są one też zależne od stanu leczonych chorych. Zdaniem R. stosować należy te surowice tylko w przypadkach gruźlicy ostrej połączonej z gorączką i przy szybkim przebiegu choroby. Leczenie surowicą gruźlicy, przebiegającej bez gorączki, powoli i leniwie, jest zdaniem autora niewłaściwe. Dr Blassberg.

M. Gantz i R. Hertz. **Obecność białka w plwocinie.** (Presse medic. 1911 Nr 5). (Z pracowni Doc. W. Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie). Autorowie zbadali 125 przypadków, z tego 60 gruźlicy płucnej i dochodzą do następujących wniosków: 1) Odczyn białkowy plwociny, prosty w wykonaniu i mało zajmujący czasu, powinien stanąć w rzędzie innych pomocniczych rozbiorów, dokonywanych przy łóżku chorego. 2) Odczyn białkowy należy uważać za odczyn w pewnej mierze swoisty, gdyż dowodzi sprawy zapalnej lub obrzęku płuc. 3) Nieżyty oskrzelowe nie dają odczynu białkowego. 4) Gruźlica płuc, w okresie początkowym i w okresach późniejszych, z wyjątkiem może postaci włóknistej, daje odczyn białkowy, mniej lub więcej wyraźny. 5) Zapalenie i zator płuc dają dodatni odczyn białkowy. 6) Obrzęk płuc małego nasilenia daje bardzo wyraźny odczyn białkowy. Wynika z tego, że odczyn ten oddać może czasem wielkie usługi w praktyce. Wystarczy tylko przypomnieć, jak często nie mamy pewności, czy u badanego są początki gruźlicy płuc, kiedy bakteryologiczne badanie plwocin daje wynik ujemny, a z drugiej strony cały szereg objawów przemawia za gruźlicą. We wszystkich przypadkach tego rodzaju dodatni odczyn białkowy plwociny dowodzi gruźlicy. Stahr.

Chirurgia.

Hirschel. **Zastosowanie znieczulenia miejscowego do większych operacyi na klatce piersiowej (rak sutka, plastyka klatki).** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 10). Znieczulenie miejscowe wypiera coraz to bardziej inne sposoby znieczulania. Na podstawie 5 przypadków bardzo zaleca je H. przy raku sutka i przy wycinaniu żeber. Przy raku sutka operowana nie może być zbyt otyła, ani przypadek za daleko posunięty, natomiast do zwykłych aktów, t. j. odjęcia sutka, mięśni piersiowych i wyłuszczenia gruczołów pachowych w zwykłych przypadkach nadaje się to znieczulenie znakomicie. Co do techniki, to zaczyna się wstrzykiwać od pachy, postępuje się w dół, okrążając sutek, przyczem znieczula się w międzyżebrzach przedewszystkiem nerwy na górnej i dolnej powierzchni żeber. Potem pod sutek, względnie mięśnie, wstrzykuje się 30—50 cm^3 $1/2$—1$^0/_0$ nowokainy (z dodatkiem 4—5 kropli adrenaliny na każde 50 ctm). Samo wstrzykiwanie trwa, nawet przy wprawie, 15 minut, ale skutek jest potem bardzo dobry, operuje się swobodnie, a chorzy są bardzo zadowoleni. K.

Britniow. **W sprawie odkażania skóry pola operacyjnego sposobem Aladar-Bogdana.** (Russkij Wracz 1911, Nr 6). B. stosował do odkażania skóry modyfikacyę Aladar-Bogdana pierwotnego sposobu Grossicha, używając zamiast mieszaniny Heussnera (nalewki jodowej 10,0, benzyny 750, płynnej parafiny 250), mieszaniny z 1 części jodu i 1000 cz. benzyny. B. postępował w taki sposób: W przeddzień operacyi kąpiel, przed którą wygalano miejsce przyszłego pola operacyjnego. Przed operacyą skórę oczyszczano przez 1—3 minut watą, zwilżoną w benzynie jodowej i zaraz potem smarowano nalewką jodową (10$^0/_0$). Ręce przed pierwszą operacyą mył B. przez 10 minut w ciepłej wodzie szczotką, wycierał wyjałowionym ręcznikiem i przez 5' wycierał marlą, umaczaną w spirytusie. Do następnych operacyi wystarczało tylko 5-minutowe wycieranie spirytusem. Z 519 operacyi przypadków zakażenia rany było 120. We wszystkich »czystych« operacyach (142 przypadki operacyi przepukliny) ropienia nie było ani razu. B. uważa ten sposób za doskonały, twierdząc, iż sposoby odkażania skóry według Ahlfelda i Fürbringera nie dawały mu lepszych wyników. Z. Gilewicz.

Iselin. **Badania skutków operacyjnego usuwania gruczołów przytarczycznych.** (IV. Zebranie szwajcar. Tow. neurol. 1910, XI.). Iselin usuwał gruczoły przytarczyczne u szczurów, (które nadają się do tego najlepiej, bo mają dwa ciałka łatwo dostępne) i przekonał się, że tężyczka nie jest wcale jedynym skutkiem usunięcia gruczołów, ale prócz tego u młodych zwierząt spotyka się potem zaburzenia wzrostu, charłactwo, a nieraz zmiany w kościach, przypominające żywo krzywicę. Jeżeli usunie się matkom gruczoły przytarczyczne, to potem u potomstwa skłonność do tężyczki jest ogromna i już po usunięciu jednego ciałka zjawić się mogą jej napady, nieraz śmiertelne. Co do skutku przeszczepiań u człowieka, to zdaniem J. jest on tylko chwilowy, stały zaś skutek pochodzi jedynie od samowyleczenia, t. j. przystosowania się do nowych warunków. Ten sam chwilowy skutek osiąga się także przez organoterapię, brom i t. p. Natomiast tam, gdzie gruczołów przytarczycznych brak zupełny, nie można się spodziewać po przeszczepieniach żadnego trwałego wyniku. K.

Haudek. **Radiologiczne przyczynki do rozpoznawania wrzodu i raka żołądka.** (Münch. mediz Wochs. 1911, Nr 8). Wrzód żołądka możemy nieraz rozpoznać zapomocą promieni Röntgena bardzo łatwo. Najłatwiej udaje się to przy wrzodach drążących, albowiem widać wtedy na płycie rentgenowskiej grudkę bizmutu zupełnie poza żołądkiem, a nad nią bańkę powietrza. Za wrzodem żołądka przemawia także wciągnięcie, względnie wkarbowanie ściany żołądka, co n. p. dzieje się często na wielkiej krzywiźnie przy wrzodzie na krzywiźnie małej (początki żołądka klepsydrowatego). Dalej przemawia za wrzodem położenie części odźwiernikowej (u mężczyzn) po stronie lewej przy stromem ustawieniu krzywizny wielkiej. Wrzodowi towarzyszy bardzo często skurcz odźwiernika, co również daje się wykazać (skuteczność połączenia żołądka z jelitem polegać ma właśnie na omijaniu tego skurczu, czyli uwalnianiu żołądka z zaległości). Bardzo być może, że ten skurcz odźwiernika wywołuje dopiero wystąpienie wrzodu, Kausch spotykał bowiem przy operacyach, podejmowanych wskutek objawów wrzodu, takie skurcze, a wrzodu nie znajdował. Natomiast kurczu tego brakuje zupełnie przy raku, chyba że rak usadowił się w odźwierniku, a w takim razie stwierdza się zwężenie odźwiernika. Nieraz udaje się radiologicznie stwierdzić raka żołądka w postaci guza sterczącego do żołądka. Przy raku włóknistym stwierdza się zmniejszenie się pojemności żołądka. Odróżnienie raka włóknistego (scirrhus) od innych rodzajów raka jest ważne ze względu na wskazania operacyjne, bo przy raku włóknistym zwykle już operować nie można. K.

Jerusalem. **O leczeniu gruźlicy chirurgicznej światłem słonecznem.** (Tow. med. wewnętrzn. Wiedeń 1911, III.). U dzieci osiąga się przy gruźlicy chirurgicznej bezwarunkowo dobre wyniki przy leczeniu zachowawczem. Obok niego stosuje Rollier w Leysin leczenie zapomocą światła słonecznego i otrzymywać ma przytem tak dobre wyniki, że rzadko wogóle zachodzi potrzeba zabiegu, a stawy goją się przy zupełnie dobrze zachowanej sprawności. Na światło słoneczne wystawia się tak ogniska otwarte, jak i zamknięte. W dniach pochmurnych stosuje się światło fioletowe. Jerusalem stosuje także w Wiedniu leczenie gruźlicy chirurgicznej światłem słonecznem i z wyników jest bardzo zadowolony. K.

Prof. H. Turner. **O t. zw. śródmacicznych złamaniach goleni i ich leczeniu.** (Wracz. Gaz. 1911, Nr 6 i 7). Autor na zasadzie rozbioru opisanych w literaturze, oraz przez siebie spostrzeganych przypadków t. zw wrodzonych złamań goleni dochodzi do wniosku, że nie są to złamania w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz że zmiany te należą do szeregu wad rozwojowych płodu, jak zwichnięcie uda, kolana, stopa szpotawa (pes varus) i in. Co do leczenia chirurgicznego, które tak często dotychczas zawodziło, to T. uważa, że dałoby się osiągnąć wyniki pomyślne przez stosowanie zabiegów energiczniejszych dla pobudzenia sprawy osteoplastycznej na miejscu przyszłego zrostu, chociażby za cenę skrócenia kończyny. W tych zaś przypadkach, gdzie brakom w piszczeli towarzyszy przerost strzałki, wyzyskać należy tę ostatnią dla przeszczepienia kości wraz z okostną. M. Łążyński.

Pürckhauer. **Skręcenie kości goleni przy wrodzonych stopach szpotawych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 1). Przeszło w 15% stóp szpotawych prócz właściwego cierpienia spotykamy jeszcze skręcenie kości goleni ku wewnątrz, co sprawia, że w końcu pomimo, iż chory dobrze następuje stopą, palce zwrócone są ku środkowi, co także jest bądź co bądź wielką wadą. Niektórzy są nawet tego zdania, że skręcenie to, raz mniej, drugi raz więcej wyraźne, jest cierpieniem pierwotnem, a stopa szpotawa następowem. Wszelkie leczenie konserwatywne pozostaje zwykle bez skutku i jedynie linearne przecięcie kości i odwrócenie stopy na zewnątrz leczy cierpienie doszczętnie. Wystarcza zupełnie przecięcie kości goleniowej. K.

Werner i Caan. **O wydostawaniu narządów brzusznych celem naświetlania promieniami Röntgena.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 11). W. i C. stosownie do pomysłu Becka w przypadkach nowotworów, nie nadających się już do doszczętnej operacyi, wszywali je w powłoki brzuszne, aby przez to uczynić je bezpośrednio dostępnymi dla promieni Röntgena i spostrzegali przy tem wcale dobre wyniki. W ten sposób leczyli 9 przypadków raka żołądka, dwa kiszki stolcowej, jeden pęcherzyka żółciowego i jeden nawrót raka jajnika. Od tego leczenia upłynął już rok. Z 9 leczonych na raka żołądka zmarło 2 w 2—3 tygodni po zabiegu na powikłania płucne. W. i C. wyrażają zdanie, że w razie znalezienia przy operacyi próbnej guza, nie nadającego się do wycięcia, powinno się bezwarunkowo prócz zabiegu paliatywnego (n. p. enteroanastomozy) wszyć guz w powłoki i leczyć dalej »radiochirurgicznie«. K.

Położnictwo i ginekologia.

T. A. Dobbert. **Metody pochwowe w ginekologii.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Styczeń). Autor oświadcza się przeciwko rozszerzeniu wskazań do operacyi pochwowych, gorąco zalecanego przez szkołę prof. Otta na V. Zjeździe międzynarodowym ginekologów i położników w Petersburgu. Przytaczając statystykę przytułku Aleksandryjskiego, zaznacza D. znaczną ilość niepomyślnych wyników operacyi pochwowych i przeciwstawia temu strony dodatnie operacyi, dokonanych zapomocą cięcia brzusznego. Śmiertelność w pierwszej seryi laparotomii (500 przypadków) wynosiła 5·2%, w drugiej zaś, późniejszej (298 przyp.), zaledwie 2%. M. Pietkiewicz.

Prof. Ott. **Metody pochwowe w ginekologii.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). W odpowiedzi na artykuł Dobberta, przytacza O. statystykę własną, obejmującą 1375 przypadków operacyi pochwowych od r. 1885. W pierwszej seryi przypadków autora śmiertelność wynosiła 2·2%; w drugiej seryi, pomimo rozszerzenia wskazań, zaledwie 0·57%; wreszcie w czasie obecnym, w ostatnich 260 przypadkach, operowanych sposobem pochwowym, nie było ani jednego zejścia śmiertelnego. M. Pietkiewicz.

N. J. Gorizontow. **W sprawie rozlanego gruczolaka macicy (adenoma myometrii diffusum).** (Żurnał. akusz. i żensk. bol. 1911, Styczeń). Opis dwóch przypadków rozlanego gruczolaka macicy. W obu przypadkach dokonano operacyi doszczętnej (hysterectomia abdominalis) z wynikiem pomyślnym. W pierwszym przypadku śluzówka była pokryta długimi strzępami w rodzaju polipów, zrośniętych ze sobą nakształt łuków i zakończonych kosmykami. Drugi przypadek był powikłany mnogimi włókniakomięśniakami i rakiem gruczołowatym. Rozlane gruczolaki macicy zalicza G. do rzędu gruczolaków złośliwych i zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze; w przypadkach powikłanych np. włókniakomięśniakiem, dokładne rozpoznanie przed operacyą jest, zdaniem G., wręcz niemożliwe. G. przytacza piśmiennictwo, dotąd nader skąpe, ograniczające się zaledwie do 19 przypadków, opisanych przez Landerera (1 przyp.), R. Meyera (12 p.), Pfortea (1 p.) i Schutzego (1 p.). M. Pietkiewicz.

Anna Unger. **Tkanka sprężysta we włókniakomięśniakach macicy.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). Autorka zbadała 19 przypadków ogólnego zwyrodnienia włóknistego macicy, 16 p. guzów podsurowiczych, 9 śródmiąższowych i 3 podśluzowe. Wyniki badań są następujące: 1) Tkanka sprężysta należy do stałych części składowych włókniakomięśniaków macicy i bierze niewątpliwie czynny udział w rozrastaniu się guzów, znajdowano ją bowiem we wszystkich warstwach, zarówno środkowych, jakoteż i obwodowych; 2) pod względem ilości zależy całkowicie od ilości tkanki łącznej nowotworu; 3) rozprzestrzenia się nie typowo, w zależności od rozmaitych warunków odżywiania; 4) sprawy zwyrodnienia wywierają wpływ na

tkankę sprężystą, niszcząc ją, chociaż stawia ona opór wpływowi temu dłużej, niż inne pierwiastki tkankowe.

M. Pietkiewicz.

U. Z. Iwanow. **Układ mięśniowy więzadeł macicy w związku z układem pęczków mięsnych w samej macicy.** (Żurnał akusz. i żensk. bol., 1911, Styczeń). Wobec różnicy zdań badaczy co do układu mięśniowego macicy i jej więzadeł, oraz niedokładności w opisach, zbadał I. szereg preparatów anatomicznie i drobnowidowo. Główne wyniki badań są następujące: Więzadło obłe (lig. rotundum) niewłaściwie nosi tę nazwę, jest to bowiem szeroka wstęga mięśniowa pomiędzy kanałem pachwinowym i macicą. I. proponuje nazwę »lig. musculosum utero-inguinale«. Zwinięte lub skręcone na kształt trąbki w okolicy kanału pachwinowego, mięśnie więzadła rozszerzają się potem wachlarzowato i pokrywają całą przednią powierzchnię trzonu macicy, tworząc w ten sposób jej zewnętrzną warstwę mięsną; mniejsza część pęczków mięsnych więzadła przechodzi na tylną ścianę macicy. Pewna część mięśnia tegoż więzadła udziela się warstwie naczyniowej macicy i przechodzi na tylną stronę macicy ku tętnicy nasiennej wewnętrznej. Układ mięśniowy szyjki macicznej dzieli się na 2 części. Główną masę szyjki tworzą pęczki mięsne zewnętrznej i naczyniowej warstwy macicy; prócz tego zasila tylną część szyjki t. zw. przez autora »musculus retro-uterinus fasciae pelvis«. Wszystkie pęczki mięsne szyjki, dążące pierwotnie równolegle z jej osią, zginają się na zewnątrz i zbliżają się ku śluzówce kanału szyjki w kierunku prostopadłym. Z wyników swych badań wysnuwa I. wnioski, mające doniosłe znaczenie teoretyczne i praktyczne zarówno w ginekologii, jako i w położnictwie. M. Pietkiewicz.

M. P. Rogow. **Przypadek wyleczenia pooperacyjnego nawrotu raka macicy.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). U chorej 43-letniej, u której wykonano operacyę doszczętną raka macicy zapomocą cięcia brzusznego, wystąpił po 3 miesiącach w bliźnie pochwowej guz wielkości małej śliwki, który R. uważa za nawrót raka. R. stosował przyżegania guza rakowego kwasem arsenawym (nierozcieńczonym, w proszku) w odstępach 1—2 tygodniowych. Prócz tego chora zażywała jodek potasowy w dawkach stopniowo wzrastających od 4%—10% rozczynu po 2 łyżki dziennie. Leczenie znosiła chora dobrze. Po 8 przyżeganiach i zażyciu 445 gramów jodku potasowego wyzdrowiała chora zupełnie; guz znikł bez śladu, nie pozostało ani śladu stwardnienia w bliźnie śluzówki. (Żałować należy, iż guza, który się rozwinął w bliźnie pooperacyjnej, nie zbadano drobnowidowo. Przyp. sprawozdawcy). Myśl stosowania jodku potasowego w przypadkach raka, nie nadającego się do operacyi, podnosił niejednokrotnie w piśmiennictwie prof. Michajłow (Russkij Wracz. 1906 r.) i inni. Przyżegania guzów rakowych zapomocą kwasu arsenawego (w rozcieńczeniu) stosowali poprzednio Czerny i Trunecek.

M. Pietkiewicz.

I. E. Gikanadze. **Zapalenie miedniczek nerkowych jako wskazanie do sztucznego przerwania ciąży.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Styczeń). Opis 4 przypadków obustronnego zapalenia miedniczek nerkowych u kobiet ciężarnych (w 2 przypadkach znaleziono w moczu bakterye okrężnicy), leczonych czas dłuższy bezskutecznie. W 3 przypadkach robiono przemywania miedniczek; w jednym dokonano nacięcia nerki z jednej strony. Ze względu na ciężki stan chorych musiano we wszystkich 4 przypadkach przerwać ciążę. Po tym zabiegu chore wyzdrowiały. Opierając się na pomyślnych wynikach, osiągniętych zapomocą przerwania ciąży w tych 4 przypadkach, oraz na doświadczeniu niektórych innych badaczy, sądzi G., iż w ostrych formach zapalenia miedniczek nerkowych, szczególnie obustronnych, z uporczywie trwającą wysoką gorączką, bezwarunkowo wskazane jest przerwanie ciąży. M. Pietkiewicz.

Izabad. **Poronienie sztuczne z zasadniczego punktu widzenia.** (Medic. Obozr. Nr 2, 1911). S. rozpatrując szczegółowo różne zdania starożytnych i nowożytnych myślicieli i lekarzy, dochodzi do następujących wniosków: 1) Wartość życia matki wyższą jest od wartości życia płodu. 2) Oceniając wskazania do przerwania ciąży powinniśmy mieć na oku nietylko bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia matki, ale także niebezpieczeństwo dla jej zdrowia, przytem powinno brać się w rachubę a) socyalno-ekonomiczny stan ciężarnej kobiety i b) los (t. j. przypuszczalną zdolność do życia i słabowitość) przyszłego dziecka. 3) W tym kierunku pożądane jest rozszerzenie istniejących wskazań dla t. zw. poronienia prawnego przez towarzystwa lekarskie, zjazdy lekarzy i t. d. 4) Pożądane jest dodanie do artyk. 1463 i 1471 rosyjskiego prawa o karach następującego dopełnienia: »Nie uważa się za zbrodnię spędzenia płodu, jeśli je wykonuje lekarz, nie pozbawiony praktyki, za zgodą ciężarnej i jeszcze jednego lub dwóch lekarzy, przy zachowaniu przepisów medycyny naukowej, dla uratowania życia lub zdrowia ciężarnej«. 5) W przypadkach zajścia w ciążę małoletniej albo psychicznie chorej albo dorosłej zgwałconej, chociażby i zdrowej kobiety wskazane jest sztuczne przerwanie ciąży, przy zachowaniu ogólnych praw. 6) Przy współczesnym stanie medycyny i istniejących warunkach socyalno-ekonomicznych nie mogą być wypracowane we wszystkich przypadkach bezwzględne wskazania dla przerwania ciąży. Istnieje cały szereg wskazań względnych, przy których sztuczne poronienie nie obowiązuje, lecz jest dozwolone i uważa się za prawne, przy zachowaniu ogólnych warunków. 7) Walkę ze spędzaniem płodu zbrodniczem powinno się prowadzić nie przy pomocy kar kryminalnych, lecz przez zakładanie przytułków dla ciężarnych kobiet i ich dzieci, przytułków, urządzanych kosztem państwa i społeczeństwa. Tomasz Cichocki.

Nowikow. **Przypadek nadłonowego zewnątrzotrzewnego cięcia cesarskiego przy wązkiej miednicy.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 2). Szczegółowo zastanawiając się nad różnymi sposobami cięcia cesarskiego, oddaje N. pierwszeństwo nadłonowemu cięciu zewnątrzotrzewnemu, dochodząc do następujących wniosków: 1) Nowa ta operacya może zastąpić bez uszczerbku klasyczne cięcie cesarskie, szczególnie tam, gdzie nie trzeba się spieszyć i gdzie poród nie przebiega aseptycznie. 2) Nadłonowe cięcie cesarskie może wpłynie na zmniejszenie liczby pubiotomii, a może zupełnie ją usunie z rzędu operacyi położniczych, ponieważ nie sprowadza tylu nieszczęśliwych skutków, co pubiotomia. 3) Na częstość pochwowego cięcia cesarskiego sposobem Dürssena nadłonowe cięcie cesarskie nie wpłynie. 4) W przypadkach zakażenia dróg rodnych, w których pubiotomia nie wystarczała, a klasyczne cięcie cesarskie nie mogło być wykonane, cięcie nadłonowe może oddać pewne usługi. 5) W sposobie operowania zewnątrzotrzewnym mają położnicy doskonałą broń dla ratowania życia matki i płodu. Przypadek operowany przez autora tym nowym sposobem skończył się pomyślnie i dla matki i dla dziecka.

Tomasz Cichocki.

Nowikow. **W sprawie leczenia łożyska przodującego.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). W ciągu 30 niespełna lat spostrzegano na 24.700 porodów 62 przypadki łożyska przodującego (400:1). Nizkie usadowienie łożyska znaleziono 7 razy, przodowanie boczne 36 razy, przodowanie zupełne (środkowe) 19 razy (30%). Przy nizkiem usadowieniu łożyska wszystkie położnice pozostały przy życiu, dzieci zaś 3, t. j. 43%; przy bocznem przodowaniu łożyska wyzdrowiało położnic 30, t. j. 86%, dzieci pozostało przy życiu 7, t. j. 22%; przy przodowaniu łożyska środkowem pozostało przy życiu 12 położnic (o jednej brak wiadomości), t. j. 67%, dzieci zaś zmarły wszystkie. Zabiegi lecznicze: w 5 przypadkach stosowano tamponowanie, w 9 przebicie pęcherza płodowego lub rozerwanie łożyska, w 10 obrót według Braxton Hicksa, w 26 obrót wewnętrzny, w 2 wysokie kleszcze, w 2 poćwiartowanie płodu, w 1 wyciskanie płodu, w 2 pociąganie za nóżki, w 1 kolpeuryn-

ter, w 1 metreurynter, a w 2 przypadkach poród odbył się bez wszelkiej pomocy. N. określa wskazania przy łożysku przodującem w sposób następujący: 1) Jeśli płód nie żyje, należy przerwać łożysko lub pęcherz płodowy i wprowadzić metreurynter. 2) Jeśli płód żyje, to może on urodzić się żywy przez pochwę w takim tylko razie, gdy wymiary jego są małe. Jeśli zaś wymiary płodu żywego (oczywiście donoszonego! Przyp. sprawozd.) są prawidłowe, to nadzieja uratowania jego przez pochwę jest mała; w tym przypadku należy dokonać cięcia cesarskiego. 3) Przy znacznej niedokrwistości, gdy niebezpieczeństwo życia grozi zarówno matce, jak i dziecku, należy przedewszystkiem ratować matkę. W tym przypadku należy zająć się nie porodem, lecz sposobami usunięcia niebezpiecznego stanu matki, należy powstrzymać krwotok zapomocą metreuryzy, stosować wlewania, podawać środki orzeźwiające i t. d. (Dlaczego tak rzadko stosowano w zakładzie metreurynter, zalecany przez autora w 1 i 3 punkcie wskazań — niewiadomo. Przypisek sprawozdawcy). M. Pietkiewicz.

P. Chażyński. **Przyczynek do rozpoznania potwora półgłowego w czasie ciąży.** (Żurnał akusz. i żensk. bol. 1911, Luty). Badając ciężarną pierwiastkę w ostatnim miesiącu ciąży, zauważył Ch. niezwykłe zjawisko: przy omacywaniu główki płodu przez powłoki brzuszne chora odczuła nagle nadzwyczaj silne ruchy płodu, sprawiające ból dotkliwy. To zjawisko, powtarzające się stale przy każdem badaniu główki płodu, wzbudziło podejrzenie, że chodzi tu o objaw, opisany przez Morisaniego u potworów półgłowych (silne ruchy płodu przy ucisku na resztki mózgu), tembardziej, iż obrysy przodującej główki były niewyraźne. Przy badaniu wewnętrznem chorej potwierdziło się przypuszczenie autora: przez rozszerzony dolny odcinek macicy udało się wyczuć ostry brzeg kości czaszkowej. Poród odbył się prawidłowo; w czasie porodu przy obmacywaniu miękkich części główki spostrzegano także bardzo silne ruchy płodu, wielce dolegliwe dla rodzącej. W czasie przerzynania się główki uderzenia serca płodu ustały. Płód-potwór półgłowy ważył $13^1/_2$ funtów. M. Pietkiewicz.

Dermatologia i syfilidologia.

Merkuriew i Silber. **O stosowaniu szczepionki gonokokowej w wiewiórze.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 6). Pracę swą autorowie rozpoczynają od przeglądu szczupłego piśmiennictwa tej sprawy. Szczepionkę autorowie przyrządzali sami, wypróbowując jej siłę zapomocą wstrzykiwań podskórnych świnkom morskim. Leczenie szczepionką prowadzili często pod kontrolą badania współczynnika opsoninowego (szczegóły co do techniki w oryginale) i uchylenia komplementu. Ogółem stosowali szczepionkę w 35 przypadkach zmian wiewiórowych, z nich: dróg moczowych 22, najądrza 9, gruczołu krokowego 2, stawu 1, pochwy 1. Obok szczepionki stosowano u większości chorych także leczenie miejscowe. Na mocy swych badań nad działaniem wakcyny, autorowie podają następujące wnioski: Działanie szczepionki jest swoiste; przypadki zaś, w których leczenie szczepionką nie daje wyników dodatnich, należy tłómaczyć błędami w technice stosowania szczepionki. Wstrzykiwania są bolesne i czasem na miejscu wstrzykiwań powstają nacieki, trwające przez tydzień. Ciepłota pod wpływem wstrzykiwań po 2—3 godzinach dochodzi do 39,5°, spadając po 24 g. do poziomu prawidłowego; wydzielina i ilość dwoinek zmniejszają się. W przypadkach zmian stawu i najądrza bolesność wkrótce po zastosowaniu szczepionki zmniejszyła się. Z. Gilewicz.

J. A. Finkelsztern. **Kliniczna i pracowniana praktyka odczynu Wassermanna.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 2). Autor przeprowadził szereg badań w 845 przypadkach, w których dokonał 1097 doświadczeń. Badaniom podlegali: chorzy na kiłę, chorzy na inne choroby, ludzie zdrowi. Wyniki prób doprowadzają autora do następujących wniosków: 1) Przy doświadczeniach z antygenem kiłowym wodnym silnie wyrażony odczyn Wassermanna klinicznie jest swoisty, ponieważ występuje u kiłowych we wszystkich okresach, a nie występuje u chorych na inne choroby i u zdrowych. 2) Bardzo wyraźny odczyn dodatni Wassermanna bezwzględnie stwierdza obecność kiły (jawnej lub ukrytej). 3) Ujemny odczyn kiły nie wyłącza. 4) Pod wpływem leczenia, zależnie od jego natężenia, odczyn Wassermanna, zmniejsza się i może zupełnie zniknąć. 5) Słabo dodatni odczyn rzadko spostrzegany przy innych chorobach (nowotwory, gruźlica), ma kliniczne znaczenie tylko u chorych z kiłą w wywiadach. 6) Robiąc próby z odczynem Wassermanna nie można zmieniać zasad techniki, wypracowanych przez Wassermanna. Tomasz Cichocki.

Sztucer. **O serodyagnozie kiły według Porgesa.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 10). Autor rozpatruje 798 przypadków odczynu Porgesa, wykonanego przez różnych badaczy, i 146 odczynów, wykonanych przez siebie. W przypadkach Sz. na 146 zbadanych surowic, odczyn Wassermanna wypadł dodatnio 43 razy, a odczyn Porgesa 42 razy. Odczyn W. wypadł dodatnio jednocześnie z odczynem P. tylko w 16 przypadkach. W 17 przypadkach odczyn P. wypadł dodatnio w takich surowicach, gdzie odczyn W. był ujemny, a mianowicie, w 7 przypadkach ostrego zapalenia wielu stawów (polyarthritis acuta) i po jednym wysięku opłucnej, nerwobolu, raka żołądka, zapalenia (kiłowego?) odbytnicy, kiły mózgu, tętniaka aorty, przewlekłego zapalenia nerek i z rozpoznaniem niewiadomem. Podobne wyniki otrzymali także inni autorowie. Sz. dochodzi do przekonania, że nie może być mowy o swoistości odczynu P. przy kile. W zapaleniu stawów odczyn dodatni jest regułą, jak również i w wielu innych chorobach, nic wspólnego z kiłą nie mających. Odczyn Porgesa zatem nie może mieć znaczenia dla kliniki. A. Modrzewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 1. marca 1911.

Przewodniczy: Prof. Cybulski. Obecnych 60 członków.

Przewodniczący wita kol. Konecznego z Kijowa, jako gościa. Na członków Towarzystwa przyjęto jednogłośnie kol. Zygmunta Radlińskiego, bez głosowania kol. Bronisława Hackbeila, lekarza pułkowego; obydwu z Krakowa.

1) Prof. Wicherkiewicz przedstawia dwóch chorych, leczonych w klinice ocznej **salvarsanem.**

Wobec dwóch zapowiedzianych wykładów nie chciałbym zabierać drogiego czasu, ale niech mi wolno będzie, przedstawiwszy kolegom dwa ciekawe okazy z patologii ocznej, wykazać choć w kilku słowach nadzwyczajną skuteczność w pokonaniu chorób przetworem Ehrlicha.

Pierwszy przypadek dotyczy chorej, przyjętej do kliniki d. 14. II. z powodu silnego zapalenia lewego oka. March. 28-letnia, wolnego stanu, nie przyznaje się do żadnego zakażenia. Przed 6 laty zrodziła dziecko zdrowe, żyjące do dziś. Rodziców swych nie znała. Dawniej zawsze zdrowa, dostała przed kilku laty owrzodzenia skóry na szyi i w okolicy łonowej; leczona w jednym ze szpitali krajowych jodoformem. Od 8 miesięcy zaś takież wrzody powstały z guzów w okolicy łonowej i pachwinowej. Od miesiąca już oko lewe boli, zamglone i nie pozwala patrzeć. Badanie wykazało, co następuje: Cała okolica łonowa i pachwinowa zajęta wrzodami częściowo zabliźniającymi się, o brzegach grubych, pokrytych strupami, z pod których wydobywa się rozpadowa masa. Takiż wrzód pod żuchwą z lewej strony. a w miejscu lewej ślinianki przyusznej guz, wielkości jaja gołębiego, ze skórą zaczerwienioną. Największa atoli zmiana na oku lewem: Powieka dolna odstaje, znacznie wypuklona

przez guz szaro słoninowaty, o nierównej powierzchni, zajmujący całą przestrzeń między powieką, a gałką i dotykający wprost brzegu dolnego rogówki, lekko zmętnionej i naczyniami nie zbyt obficie pokrytej. Ponieważ badanie Moro dało wynik ujemny, z tem większem podejrzeniem badaliśmy w kierunku kiły. Otóż odczyn Wassermanna wybitnie dodatni, a badanie zawartości wrzodu podszczękowego wykazało krętki blade. W tym kierunku podjęte badanie części guza ocznego niestety już po zastosowaniu salvarsanu, dało wynik ujemny. Wpro $^{6}/_{6}$, lo: tylko palce na 5 mtr.

Wobec niewątpliwej podstawy objawów patologicznych rozpoznałem kilaka spojówki gałkowej lewego oka i zapalenie jaglicze obu ócz. Nazajutrz wstrzyknięto chorej w pośladki 0.6 salvarsanu, a w trzy dni później nadto śródżylnie 0.3. Ciepłota ciała podniosła się znacznie przez pierwsze trzy dni po wstrzyknięciu wśródżylnem, bo dochodziła do 39.5, by następnie utrzymywać się prawidłowo. Już nazajutrz po zastosowaniu środka guz oczny zaczął się zmniejszać, a skutek wzmagał się z każdym dniem, zwłaszcza po wstrzyknięciu wśródżylnem. Zresztą chora czuła się zawsze dobrze. Stopniowo stale bez wszelkiego dalszego leczenia guz oczny maleje, jakoteż i wrzody skórne zaciągają się bliznowato. Z guza ocznego pozostał już tylko ślad w kąciku zewnętrznym.

Przy innej sposobności wspomniałem kolegom na tem miejscu, iż zapalenie jaglicze u osobnika kiłowego może przybrać znamiona złośliwe, a wtenczas leczenie swoiste wpływa korzystnie na tego rodzaju jaglicę. Na odnośnym przypadku wykazałem skuteczność salvarsanu. U March. jednak leczenie salvarsanem w niczem nie wpłynęło na poprawę jaglicy, którą musiałem pokonywać innymi środkami i zabiegami (galwanokaustyką). Ale i pod tym względem znaczna nastąpiła poprawa.

Ciekawy jest też i drugi przypadek. C., wyrobnik, 32 l., z Niska, zgłosił się 21 II. 1911 z powodu zapalenia prawego oka, trwającego od 2 tygodni. Przed 5 laty operowany w Wiedniu z powodu »łuszczki«, której nabył w dzieciństwie. Zresztą »nigdy na nic nie chorował«, a stanowczo zaprzecza, by był kiedykolwiek kiłowo zarażony. Dopiero w ostatnim czasie wydobyłem wyznanie, iż zaraził się przed świętami BN. Badanie: W. Pro. utrudnione z powodu światłowstrętu i łzawienia; spojówka cała silnie przekrwiona, rogówka lekko zmętniona powierzchownie, zwłaszcza dołem. W przedniej komorze na tęczówce żółto-szary nierówny guz, uchodzący za gęste hypopyon, ale utkaniem podobny raczej do kilaka. Ponad niem krwawy skrzep po stronie nosa, a nad skrzepem, nieco jeszcze przezeń zakryty, żółty guzek wielkości ziarna prosa. Na całem ciele bardzo wybitna różyczka, a nadto liczne guzki, zwłaszcza na karku i mosznie, gdzie nadto na samej linii środkowej znajduje się wrzód wielkości dużego ziarna grochu, o twardych brzegach. Na samej żołędzi powierzchowne owrzodzenia, a niemniej i na dolnej wardze ust. Badanie tkanki wrzodu moszny wykazuje bardzo liczne typowe krętki blade, a badanie krwi odczyn Wassermanna dodatni. Wstrzyknięto d. 24. II. 0.6 salvarsanu, częścią śródżylnie, częścią śródmiąższowo. Wynik bardzo dodatni objawia się już w następnych dniach. Tak wrzód moszny, jak kiła guzkowa i różyczka znikły w krótkim czasie, a jedynie zapalenie tęczówki, lubo znacznie zmniejszone, gdyż ów żółty guzek (papula) znikł także, ustępuje wolniej. Źrenica wązka z przyrośniętym do soczewki brzegiem odsłonięta. Ów wysięk żółto szary ustępuje powoli, ale stale bez rozpadania. Tak szybkiego wyniku nie byłoby z pewnością dało żadne inne leczenie ani w tym, ani w pierwszym przypadku, a, że umyślnie unikałem stosowania jakichkolwiek innych środków, mogę wynik tak szybki przypisać wyłącznie salvarsanowi. O dalszym przebiegu tych przypadków nie omieszkam dać później wiadomość. (Streszczenie własne).

2) Prof. Bujwid wygłasza odczyt: **O bakteryobójczem działaniu światła**, połączony z pokazem przyrządu Nogiera do wyjaławiania wody zapomocą promieni ultrafioletowych. (Rzecz przeznaczona do druku).

3) Inżynier Borkowski: **O Ehrlichu i jego teoryi.** Drugą połowę odczytu odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XII. posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 28. stycznia (10. lutego) 1911 r

Obecnych członków 18, gości 12. Przewodniczy wiceprezes prof. Ziemacki.

I. Dr Mieczysław Michałowicz odczytał rzecz p. t.: **Odrębność przebiegu gruźlicy u dzieci, rozpoznanie jej, oraz zabiegi lecznicze.**

Obok odry, płonicy, błonicy, krztuśca i innych chorób zakaźnych dziecięcych uznać należy jeszcze i gruźlicę za chorobę zakaźną dziecięcą. — Dotychczas uważano gruźlicę za chorobę dorosłych, tylko zdarzającą się także u dzieci. Najnowsze badania sekcyjne, podjęte przez kliniki paryską i wiedeńską, ustaliły odwrotny stosunek, wobec czego uznać należy, że gruźlica jest »par excellence« chorobą dzieci, a tylko dotykającą także i dorosłych. Przeprowadzenie badań z odczynem skórnym Pirqueta ustaliło, że 96% dzieci w wieku lat 15 ma mniejsze lub większe ogniska gruźlicze. Jeżeli ogół lekarzy, nie wyłączając lekarzy chorób dziecięcych, był dotychczas innego zdania w tej sprawie, to należy to przypisywać jedynie niedokładności metod badania gruźlicy dziecięcej. Gruźlica dzieci i gruźlica dorosłych, to cierpienia o zupełnie odrębnym przebiegu. Gdy gruźlica dorosłych zajmuje płuca i wywołuje w nich zmiany, dostrzegalne przy opukiwaniu i osłuchiwaniu, to gruźlica dziecięca w olbrzymiej większości przypadków szczędzi płuc, zajmując natomiast gruczoły chłonne. Rozpoznanie cierpienia musi tedy opierać się przedewszystkiem na opukiwaniu gruczołów oskrzelowo-tchawicznych, a otrzymane wyniki muszą być sprawdzone prześwietlaniem Roentgena, oraz odczynem skórnym Pirqueta lub Mantou. Tylko tym sposobem możemy rozpoznać ukrytą, jak to bywa w większości przypadków, gruźlicę dziecięcą, badanie podług schematu dorosłych da bowiem stale wynik ujemny. Przechodząc do rokowania, zaznacza prelegent, że rokowanie w gruźlicy dziecięcej nie jest tak złe, jak u dorosłych, — przeciwnie — jest dobre. Prawie wszyscy ludzie byli w dzieciństwie zakażeni gruźlicą, pomimo to większość z nich nietylko nie umiera, lecz cieszy się później nawet dobrem zdrowiem. Usadowione w gruczołach chłonnych laseczniki gruźlicy wydzielają jad swoisty. Jad ten, krążąc w ustroju, pobudza ze swej strony komórki do wydzielania przeciwjadu. Trwając przez lata całe, sprawa ta wywołuje uodpornienie ustroju względem gruźlicy. Tem się tłómaczy zjawisko, że gdy statystyczna krzywa zakażonych gruźlicą idzie po przekątni w górę w kierunku od niemowląt do dzieci starszych, to krzywa śmiertelności z gruźlicy odwrotnie spada w tymże stosunku. Dopiero, gdy ustrój wskutek choroby lub przeciążenia zostanie wytrącony z równowagi, dopiero wtedy wystygłe ognisko gruźlicze poczyna rozpalać się na nowo. Gruźlica dorosłych, to »ostatnia zwrotka piosenki zanuconej dziecku jeszcze w kolebce«. Co się tyczy leczenia, to poza tranem i przetworami jodu, leki powinny odgrywać rolę podrzędną, natomiast tem baczniejszą uwagę należy zwrócić na powietrze i słońce. Mówca w dosadnych wyrazach kreśli obrazy polepszenia, których był świadkiem naocznym w Leysin (Szwajcarya francuska), gdzie chore dzieci stale, dzięki szczególnie dobrym warunkom nawet w zimie, są wystawione nagie — na działanie słońca. Kończąc odczyt, zachęca prelegent obecnych do udziału w walce z gruźlicą, podjętej obecnie przez społeczeństwo polskie. Wyniki ościennych Niemiec, gdzie śmiertelność z 32 spadła do 16 na

10.000 żyjących, świadczą najwymowniej, że wysiłki, w tym kierunku podjęte, nie idą na marne.

Dyskusya: Dr Ostrowski zaznacza, iż różnicowanie gruźlicy gruczołów zapomocą opukiwania, jak to podał prelegent, jest prawie niemożliwe. Mówca sam pracował w tej sprawie i nie mógł ściśle określić stłumienia.

Prelegent zgadza się w zupełności, że rozpoznawanie jest nader trudne, dodając, że za najpewniejsze objawy uważa: 1) opukiwanie przy pomocy kręgosłupa, 2) po sapaniu wydechowem u dziecka.

Doc. Noiszewski zaznacza, że chyba »noli me tangere« odnosi się do gruczołów chłonnych, nie zaś do kości i do skóry.

Prelegent: Wyskrobywanie ognisk z kości zagraża niebezpiecznemi następstwami, jak n. p. gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, na co zwracają uwagę francuzcy autorowie.

Prof. Ziemacki: Rozpatrując sposoby przenikania jadu gruźliczego do ustroju, należałoby schorzenia gruczołów chłonnych przy narządzie pokarmowym i oddechowym wysunąć prawie na pierwszy plan, albowiem bardzo często można spostrzegać u dzieci opisane przez Mayera wyrośle gruczołowate jamy nosowo-gardłowej.

Dr Ratuld: Wszystkie dzieci w szkołach niektórych krajów są obowiązkowo badane przez ryno-laryngologów, albowiem przerosłe migdały gardłowe pociągają za sobą często powikłania w płucach i gardle. Badanie to jest obowiązujące w Niemczech.

Prelegent: Poruszona przez Prof. Ziemackiego sprawa jest bardzo ważna i jeżeli nie uwydatniłem jej, to tylko dla braku czasu. Albrecht wykazał, iż w wielu przypadkach gruczoły ulegają zakażeniu nie pierwotnemu, lecz wtórnemu. Sprawa ta na razie pozostaje nierozstrzygnięta.

Student Akademii lekarskiej E. Dąbrowski zapytuje prelegenta, jaką drogą Hamburger doszedł do przytoczonych przez prelegenta wyników.

Prelegent: Hamburger doszedł do swych wniosków przed 4 laty na materyale sekcyjnym; już po tej pracy Pirquet ogłosił swoje badania kliniczne.

Prof. Zaleski wyraża zdanie, że gruźlica tak u dzieci, jak i u dorosłych, jest jednakowa, wobec tego nie widzi odrębności w jej przebiegu; wypowiada kilka uwag co do bronionego jednostronnie przez prelegenta wpływu słońca na przebieg gruźlicy, zatrzymuje się nad tem, jak nauka doszła, że tylko świeże powietrze odgrywa wielką rolę w leczeniu gruźlicy, jak powstały stacye w Meranie, Davos itd.; mówi o znaczeniu wody dla zwapnienia zmienionych tkanek; w końcu zwraca uwagę, że prelegent nader pochlebnie przedstawia szwajcarskie sanatoryum w Leysin, pomija jednak zupełnie jedno z najlepszych, sanatoryum w Zakopanem, a także zasługi Dr Dłuskiego w organizacyi i rozwoju tej wybitnej instytucyi leczniczej polskiej.

Doc. Sowiński wątpi, ażeby tylko słońce w tej postaci, jak twierdzi prelegent, miało wyłączne znaczenie w leczeniu gruźlicy. W Finlandyi słońce w zimie tylko świeci, ale nie grzeje, pomimo to stan chorych poprawia się nader szybko, albowiem tam mają świeże powietrze wskutek tego, że ogromne obszary ziemi są pokryte grubą warstwą śnieżną, która pozbawia powietrze kurzu.

Prelegent: Co do odrębności gruźlicy u dzieci i dorosłych, to mogę zaznaczyć, że u dorosłych np. nie widzimy na sekcyi takich rozległych zserowaceń w gruczołach chłonnych, jak to się spostrzega u dzieci. U dorosłych przeważnie bywają zmienione płuca. Co do sanatoryum w Leysin, to poruszyłem tą sprawę nie dla reklamy, lecz wyłącznie dlatego, że tam widziałem bardzo pomyślne wyniki, przeważnie przy gruźlicy stawów kolanowych. Chore dziecko leży unieruchomione, pomimo to mięśnie, zamiast podlegać zanikowi, są jędrne. W zupełności podzielam zdanie, że słońce na południu pogarsza sprawę, w górach zaś w Leysin dzieci leżą nagie na balkonach, na których do takiego stopnia koncentruje się działanie promieni słonecznych, że po kilku dniach już dzieci wyglądają, jak murzyni. Byłoby pożądanem, aby również i w Zakopanem stosowano tę metodę.

Dr Jastrzębski podkreśla wypowiedziane przez prelegenta zdanie co do znaczenia tranu w walce z gruźlicą i przytacza badania Dra Szabada w Petersburgu, które wykazały, że tran zwiększa przyswajanie przez ustrój wapna, prócz tego chroni od zniszczenia tłuszcz ustrojowy.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za poruszenie nader ciekawej sprawy, która wywołała nie mniej zajmującą dyskusyę.

II) Doc. Dr Kazimierz Noiszewski wygłosił rzecz p. t. **O czuciu gruczołowem (adenaesthesia)**. Prelegent wykazał, iż oprócz czucia dotyku, a także ciepłoty i bólu, istnieje jeszcze jedno osobne czucie włosowe, właściwe miejscom skóry, pokrytym meszkiem, prócz tego osobne czucie gruczołowe, właściwe gruczołom łojowym, przy włosach się znajdującym. Swędzenie polega na tem czuciu gruczołowem. W dalszym ciągu zastanawiał się prelegent nad autonomią gruczołów płciowych u ludzi i zwierząt. Mowca przypuszcza, że popęd płciowy znajduje się w zależności od działania osobnych gruczołów, które wydzielają osobną substancyę, działającą jakby usypiająco na korę mózgową, wobec czego wywierają wpływ hamujący na ośrodki panowania nad sobą.

Dyskusya: Prof. Zaleski zaznacza, że prelegent poruszył niezmiernie ciekawe zagadnienie fizyologiczne i przypomina twierdzenie Brückego, że zmysłów jest daleko więcej, niż my ich znamy.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Przewodniczący Prof. Ziemacki wyjaśnia, w jaki sposób wytworzyła się sprawa pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu. Dotąd młodzież korzystała z pomocy ofiarowanej przez Dra Zakrzewskiego w jego lecznicy. Sądząc ze sprawozdania, które podaje przedstawiciel młodzieży, korzystało z tej pomocy 380 osób. W sprawie tej bierze udział 50 lekarzy; następuje wyliczenie nazwisk. Prof. Zaleski zapytuje, czy obie płci objęte są w sprawozdaniu; należałoby to oznaczyć. — Przedstawiciel młodzieży p. Jaśkiewicz wyjaśnia, że istnieją bilety jednego gatunku, wobec czego trudno obliczyć, jaka ilość biletów przypada na mężczyzn, a jaka na kobiety. 2) Skarbnik Dr Uliński podaje do wiadomości, że z rachunku bieżącego w »Ruskim banku dla wnieszniej torgowli« podjęto sumę 1713 rs. 25 kop. i przesłano na rachunek bieżący do oddziału warszawskiego Banku handlowego w Petersburgu.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje:

I. »Z końcem kwietnia b. r. zostanie rozdana suma 781 K, jako trzecia część kwoty nadesłanej ze Związku Towarzystw lekarskich dla wdów i sierot po lekarzach. Wdowy i sieroty po lekarzach, którzy przynależeli do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, pragnące otrzymać zapomogę, zechcą swe podania wnieść do Izby najpóźniej do 15. kwietnia 1911«.

II. »Wskutek reskryptu c. k. Namiestnictwa z d. 6. marca 1911 l. VII b. 4108, podaje się do wiadomości następujący »Okólnik Namiestnictwa do wszystkich c. k. Starostw i Magistratów król. stoł. miasta Lwowa i Krakowa«. »Wskutek reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 1. grudnia 1910 l. 32413, wydanego w porozumieniu z c. i k. Ministerstwem wojny i c. k. Ministerstwem obrony krajowej, c. k. Namiestnictwo podaje do wiadomości, że rozporządzenie z 31. grudnia 1859 dz. p. p. l. 12 z r. 1860, tyczące się leczenia chorych żołnierzy względnie osób do związku wojskowego należących, zostało zniesione. Teraźniejszym stosunkom odpowiadające prze-

pisy o leczeniu chorych żołnierzy i rodzin podoficerów w szpitalach cywilnych lub w domach prywatnych przez lekarzy cywilnych, dalej o pomocniczem zastępstwie lekarzy wojskowych przez lekarzy cywilnych w ich czynnościach wojskowo-lekarskich, jak niemniej o wynagrodzeniu za te czynności, znajdują się w drugiem wydaniu książki służbowej (Dienstbuch) Nr 13 I. część (Regulamin dla służby zdrowia c. i k. wojska) z roku 1901 (§§ 22, 27 i 33 punkt 256 c. d.) i w książce służbowej K 4. I część (Przepisy należytościowe) (§§ 48 i 127), a przepisy o postępowaniu przy zachorowaniach w czasie transportów zawarte są w regulaminie służbowym I. część (§ 45 p. 342)«.

Izba lekarska wsch.-galic Prezydent: Dr Festenburg.

Sprawozdanie sanitarne m. Buczacza za rok 1910, opracowane przez lekarza miejskiego Dr Bienenwalda, jest dowodem, że energia i wytrwałość zdziałać mogą bardzo wiele, nawet przy skromnych środkach (Buczacz, liczący 14.026 mieszk., należy do uboższych miast galicyjskich) i trudnych warunkach sanitarnych. Smiertelność w r. 1910, wynosząca 14·3%, nie zależała bowiem wcale od chorób zakaźnych. Przez poprzednich lat 13 nie wygasał w Buczaczu obok innych epidemii prawie nigdy dur brzuszny, którego źródłem okazywały się zanieczyszczone studnie. Obecnie od 1½ roku nie było epidemii duru, chociaż miasto nie posiada wodociągów ani kanalizacyi; ale też istniejące studnie poddano starannemu dozorowi, pilnie czyszczono i poprawiano. W przypadkach innych chorób zakaźnych przeprowadzano dokładną desynfekcyę, na mieszkaniach chorych umieszczano napisy ostrzegające i t. d. Ulice i place są codziennie zamiatane i czyszczone; miasto stara się o poprawienie warunków czystości, wybudowało 1000 m² chodników i dróg, przesklepiło bagnisty potok śródmiejski na długości 120 m, poprawiło wyloty kanałów, wpadających do rzeki Strypy i uregulowało jej brzegi, a wreszcie przygotowało plan wodociągów i racyonalnej kanalizacyi i stara się o fundusze na ich budowę. Brak dotąd w mieście wychodków publicznych, a zabudowywanie się nie odbywa się według zasad higieny. Przepisy budowlane bywają omijane, a do nowych domów jeszcze wilgotnych wprowadzają się mieszkańcy przed uzyskaniem zezwolenia na zamieszkanie. W zakresie nadzoru nad środkami żywności stwierdza sprawozdanie pewien postęp ku lepszemu dzięki częstym i regularnym rewizyom piekarni, handlów i t. p.; jednakże konieczny byłby stały nadzór targów przez ustanowienie fachowo wykształconego komisarza. W krakowskim c. k. Zakładzie badania środków spożywczych badano szereg próbek z handlów buczackich, jednakże niewiadomo (— dlaczego? —) z jakim wynikiem. Walka z chorobami wenerycznemi zapomocą bacznego nadzoru prostytucyi okazała się skuteczną. Miejscowe szpitale (powiatowy i izraelicki) leczyły w ciągu roku 350 osób. R.

W sprawie stosowania emanacyi radu do inhalacyi, wydało austr. ministerstwo spraw wewnętrznych rozporządzenie, zabraniające stosowania tego sposobu bez lekarza, uprawnionego do praktyki w Austryi. Nadto przy leczeniu powinien być zawsze obecny lekarz i wysyłać regularne sprawozdania roczne do władzy politycznej. Zakłady pragnące leczyć radem, powinny starać się o to u odpowiednich władz. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. III. do 1. IV. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 6 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 22 † 2 (6 † 1), odry 2 † — (1 † —), duru brzusznego 3 † — (1 † —), róży 1.

Dr Janiszewski.

Rudolf Ulrich Krönlein.

(Wspomnienie pośmiertne).

W szeregach chirurgów niemieckich poczyniła w ostatnich miesiącach śmierć mnogie szczerby. Ubyła znowu z tych szeregów sympatyczna postać Krönleina. Urodzony w Szwajcaryi w Stein nad Renem w r. 1847, pozostał Krönlein wierny swej ojczyźnie i zakończył pracowite życie w Zürichu, którego nie chciał opuścić mimo ciągłych korzystnych propozycyi, między innemi np. do Wiednia. Studya przebył w Zürichu, potem był tamże asystentem Rosego, a dalej asystentem wielkiego Langenbecka, co rozstrzygnęło o dalszej jego karyerze. Langenbeck był bardzo co do asystentów wybredny; dowodzi więc to wielkich zdolności i zalet Krönleina, że zdołał pozyskać zupełne zaufanie mistrza. Potem przez czas pewien zastępował Krönlein profesora w Giesen, a w r. 1881 powołano go na następcę Rosego do Zürichu. I tu Krönlein pokazał dopiero, co potrafi. Swą klinikę postawił na stopie światowej, która przyciągać poczęła obcych, znakomicie kształcił studentów, mając przytem, nawet wbrew swej woli, olbrzymią poprostu prywatną praktykę. Zdanie jego w »Alma mater Taricensis« było rozstrzygającem, tak wysoko bowiem cenili go koledzy.

Z pod pióra jego wyszło prawie 100 prac, z kliniki zaś jego tyleż prac asystentów i prac doktorskich. Z najcenniejszych wspomnimy: O leczeniu otwartem ran, rozdziały o chirurgii mózgu w dziele Bergmanna, o zwichnięciach, o trepanacyach czaszki i t. p. Wiele sposobów operacyi łączy się z jego imieniem, a należał też do pierwszych, którzy operowali przedziurawiony wyrostek robaczkowy, nerki, oraz płuca (wycięcie mięsaka).

Adolf Klęsk.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Warunki działania krakowskiego Szpitala dla dzieci im. św. Ludwika, które po zawarciu przez utrzymujące ten szpital »Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci« nowej z Wydziałem krajowym umowy zdawały się na kilka najbliższych lat polepszone, okazały się — jak wynika z ogłoszonego właśnie sprawozdania za r. 1910 — trudniejsze, niż zrazu przypuszczać było można. Nietylko bowiem sprawdziły się obawy Komitetu szpitalnego, że kwoty, wypłacane przez Wydział krajowy za leczenie tej kategoryi dzieci, któremi według obecnych ustaw ma się kraj opiekować, — nie będą wystarczające, ale nawet niedobór przekroczył znacznie przewidywaną kwotę i doszedł za r. 1910 do sumy 14.099 kor. 21 hal. Przyczyniła się do tego stale i bardzo szybko wzrastająca drożyzna, a stąd i wzrost kosztów utrzymania każdego chorego, obok ogromnego napływu chorych z gmin przedmiejskich, świeżo przyłączonych do Wielkiego Krakowa. Wskutek tego w jednym r. 1910 liczba dni leczenia w szpitalu wzrosła z 34.715 na 37,558, t. j. odrazu o 10% i w tymże stosunku zwiększyły się wydatki, gdy dochody Towarzystwa, opierające się przeważnie na wynagrodzeniach ryczałtowych, wcale nie wzrosły. Wobec tego zdoła Towarzystwo opieki szpitalnej tylko w takim razie dotrzymać swych zobowiązań do terminu, t. j. końca r. 1913, jeżeli interesowane władze udzielą mu odpowiednich subwencyi. Znacznym ciężarem są też dla szpitala oddziały zakaźne, które Towarzystwo »zobowiązało się rozszerzyć; zobowiązanie to jednak miało ustać nawet przed upływem (trzechletniej) umowy, z chwilą, gdy gmina m. Krakowa urządzi osobny szpital zakaźny miejski. Od tej umowy upływa już lat pięć, a mimo to nietylko nie został jeszcze urządzony szpital zakaźny miejski, ale nawet oddziały zakaźne szpitala św. Ludwika są jeszcze bardziej, niż dawniej, przeciążone, wskutek niesłychanie zwiększonego napływu przypadków płonicy i błonicy z gmin, świeżo do Krakowa przyłączonych. Oprócz znacznych wydatków, łączy się z tem wielkie utrudnienie należytej działalności tych oddziałów wskutek stałego ich przepełnienia. Nadomiar magistrat m. Krakowa w zakresie swej kompetencyi sanitarnej wezwał dyrekcyę Szpitala św. Ludwika do znacznych inwestycyi i przeróbek oddziałów zakaźnych. Towarzystwo opieki szpitalnej, mające prócz utrzymania Szpitala św. Ludwika jeszcze inne zadania, nie mogąc ponieść tak znacznych wydatków, zwróciło się do Wydziału krajowego z prośbą o osobną na to subwencyę, dotąd jednak nie otrzymało odpowiedzi.

Wogóle wynika z tegorocznego sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej, że walczy ono z coraz większym wysiłkiem z trudnościami i niedoborem z powodu Szpitala św. Ludwika, który założyło i prowadziło przez lat tyle, wypełniając zastępczo a dobrowolnie obowiązki, ciążące właściwie na kraju i gminie. Wobec tego, że nie jest rzeczą pewną, jakie z obecnego położenia znajdzie się wyjście, trudno bez troski myśleć o losach tego szpitala, który odegrał tak wybitną rolę w dziejach pedyatryi polskiej i powinienby, jako instytucya samoistna, — nadal zachować swe znaczenie i służyć swym specyalnym zadaniom. Sprawa to istotnie doniosła, zwłaszcza, że Towarzystwo, spełniwszy chlubnie swe zadania w jednym kierunku, stworzywszy i utrzymawszy szpital przez kilka dziesiątków lat, obecnie — i w tem niepodobna nie przyznać mu słuszności — uważa, że obowiązek jego na tem polu jest blizki końca i że czas mu rozwinąć szerszą działalność w kierunku innym, w walce z gruźlicą u dzieci przez przekształcenie kolonii letniej w Rabce na uzdrowisko, czynne przez rok cały. Ta działalność Towarzystwa zależy jednak w wielkiej mierze od tego, w jaki sposób rozwiązaną zostanie sprawa krakowskiego szpitala dla dzieci.

— Na katedrę anatomii patologicznej we Lwowie przedstawił Wydział lekarski »primo et unico loco« Dr Zdzisława Dmochowskiego z Warszawy.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Wacław Zakrzewski, rodem z Krakowa, Czesław Kaliński rodem z Warszawy i Stanisław Krawczyński, rodem ze Zawichostu.

Warszawa. Na rzecz »Instytutu nauk doświadczalnych« w Warszawie, który, jak się okazuje, poświęcony będzie głównie b i o l o g i i, wpływają coraz obficiej dary; i tak bezimienny ofiarodawca złożył 6000 rb., kilkunastu lekarzy po kilkaset rb., itp., wogóle do tej chwili podobno już około 14.000 rb.

Z różnych stron. Towarzystwo »Opieki lekarskiej« przy rz. kat. Towarzystwie dobroczynności w Petersburgu zorganizowało pomoc lekarską dla »Ogólnostudenckiej Kasy polskiej« przy udziale 60 lekarzy, oraz bezinteresowną pomoc lekarską (Dr Uliński) w szkole i przytułku za rogatką Narwską. Prezesem komitetu »Opieki« na następne dwulecie wybrano Prof. Czeczotta, sekretarzami Doc. Z. Sowińskiego i Dr Wilamowskiego, wiceprezesem Prof. Ziemackiego, skarbnikiem Dr Ulińskiego.

— Przy Towarzystwie lekarskiem lwowskiem powstaje sekcya neurologiczno-psychiatryczna pod przewodnictwem Prof. Halbana.

— Austryackie Towarzystwo zwalczania raka otrzymało tytuł »cesarsko-królewskiego« i prawo używania godła państwowego.

— W sprawach Zjazdu urologicznego w Wiedniu (11—13 września b. r.) zwracać się należy do Dr V. Bluma (Wien, VIII, Alserstrasse 43), wybranego sekretarzem komitetu w miejsce zmarłego Dr Kapsammera.

— Polskie uzdrowisko wychowawczo-lecznicze dla wątłych dzieci otwiera w kwietniu r. b. w znanej stacyi klimatycznej Vevey (Szwajcarya francuska) Dr Julian Gawroński. Dokładniejszych informacyi zasięgnąć można pod adresem: Vevey (Suisse), case postale Nr 10177.

— W utworzeniu odrębnego ministerstwa zdrowia publicznego wyprzedzi, jak się zdaje, wszystkie państwa cywilizowane — Bułgarya. Wniosek w tym względzie napotkał zrazu w parlamencie bułgarskim na silną opozycyę, w ostatniej sesyi jednakże został uchwalony. Obecnie musi go uchwalić jeszcze Zgromadzenie narodowe.

— Cenne wyniki osiągnięto w Niemczech u słabowitych dzieci szkolnych w wieku od 12—14 lat podług Roedera zapomocą t. zw. wędrówek dzieci, t. j. trwających tydzień wycieczek piechotą pod okiem wychowawców. Dziennie maszerowano 15—25 km. Dzieci czuły się potem znacznie lepiej, niż nawet po pobycie w koloniach wakacyjnych. Klęsk.

— Fürst z Hamburga proponuje używać kinematografu do popularyzacyi higieny (widoki uzdrowisk, szkół leśnych, kolonii wakacyjnych), nawet z odczytywaniem odpowiedniego tekstu. X.

— Za wzorem Bawaryi utworzono w Charlottenburgu inspektorów mieszkań, którzy chodzą po domach i badają mieszkania 1—2 pokojowe, izby służby, stróżów itp. i wydają odpowiedne zarządzenia higieniczne. X.

— Śmierć wskutek zażycia środka tajnego t. zw. »epuretin«, reklamowanego przeciwko padaczce przez dr. Latrangego, wydarzyła się u żony pewnego notaryusza w Peszcie. Sprawą zajęła się prokuratorya. Skład środka trzyma Latrang w tajemnicy, zdaje się jednak, że »epurin« składa się z bromu, makowca, hyoscyaminy i jakiegoś środka przeczyszczającego. X.

— Dezorganizacya Wydziału lekarskiego uniwersytetu w Moskwie jest zupełna. Najlepsze siły opuściły katedry, np. Minakow (medycyna sądowa), Roth (neurolog), Sserbsky (psychiatra), Alexinsky (chirurg) i t. p. Pomiędzy publicznością zbierają składki na dymisyonowanych, zwłaszcza młodszych, którzy pozostali po prostu na bruku bez grosza, szczególnie docenci i asystenci katedr teoretycznych. X.

— We Wrocławiu skazano pewnego asystenta kliniki na miesiąc więzienia za to, że przy porodzie w praktyce prywatnej dał pastylkę oksycyanatu do rąk położnej z poleceniem zrobienia rozczynu. Położna, głucha, nie dosłyszała dobrze, rozpuściła pastylkę w szklance wody i dała chorej do wypicia, co spowodowało śmierć chorej. Sąd uznał, że lekarz postąpił lekkomyślnie, polecając krótko, ustnie położnej zrobienie rozczynu z silnej trucizny, bez dopilnowania jej czynności. X.

Redakcya otrzymała: Wejnert: Wartość i czułość porównawcza prób Webera i Teichmana. »Medyc. i Kron. lek.« 1911. — Borowiecki: Badania porównawczo anatomiczne i doświadczalne nad istotą szarą mostu Varola i jej połączeniami. »Neurologia polska« 1911. — Bienenwald: Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych miasta Buczacza w roku 1910. — XXXVIII. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1910.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.